



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO
PACIENTE
JOÃO PEREIRA – PARANAGUÁ
RODRIGO GOMES – ILHA DOS VALADARES



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Fundação de Assistência à Saúde de Paranaguá – 2024

Diretor Geral

Jhonatan Ribeiro Rozemback

Diretora de Assistência à Saúde

Mariana Carolina Goulart Ribeiro de Oliveira

Administradora Hospitalar UPA

Grazielle Lobo Mussoi

Gerente de Enfermagem da FASP

Mariana de Souza da Silva Guimarães

Responsável Técnica UPA João Pereira

Nádia Alves dos Santos

Responsável Técnica UPA Rodrigo Gomes

1ª Versão – 06/2024

Elaboração

Gerente de Enfermagem – FASP



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Protocolo de Segurança do Paciente - FASP

PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	1
1. Apresentação:.....	4
2. Objetivo principal.....	5
3. METAS CONFORME PNSP.....	6
Meta 1: Identificação do Paciente.....	6
Apresentação.....	6
Abrangência.....	6
Execução Institucional.....	6
Monitoriamento da Identificação do Paciente.....	7
APÊNDICE I.....	10
APÊNDICE II.....	13
META 2: Comunicação entre Profissionais de Saúde.....	14
Apresentação.....	14
Abrangência.....	15
Execução Institucional.....	15
META 3: Melhorar a Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de Medicamentos....	19
Apresentação.....	19
Abrangência.....	20
Execução Institucional.....	21
META 4: Assegurar Cirurgia em Local de Intervenção, Procedimento e Paciente Correto.....	24
Apresentação.....	24
Abrangência.....	24
Execução Institucional.....	24
META 5: Higienizar as Mãos para Evitar Infecções.....	26
Apresentação.....	26
Abrangência.....	27
Execução Institucional.....	27
Higienização das Mãos com Álcool em Gel.....	28
Os 5 Momentos.....	34
META 6: Reduzir o Risco de Queda e Lesão por Pressão.....	36
RISCO DE QUEDA.....	36
Apresentação.....	36
Abrangência.....	36
Execução Institucional.....	37
RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	46
Apresentação.....	46
Abrangência.....	48
Execução Institucional.....	48
Referências Bibliográficas Consultadas.....	57



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Apresentação:

O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de qualificar os serviços de saúde atuantes em território nacional. Este programa visa assegurar assistência com responsável, efetiva e humana, sua meta principal é solucionar problemas comuns na assistência a saúde, prevenindo danos e lesões associados aos cuidados em saúde.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas.

O PNSP não pode ser visto como a única medida capaz de mudar esse quadro. Ao contrário, suas ações devem se articular aos esforços de políticas de Saúde que objetivam desenvolver: linhas de cuidado em redes de atenção; ações organizadas conforme contratos por região; reorientação do sistema, a partir da atenção básica; ações reguladas e melhoria do financiamento da saúde. Se, por um lado, o PNSP tem seus limites, por outro, pode ter uma função impulsionadora das demais políticas, considerando sua potencialidade de promover o protagonismo dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado. Algumas premissas devem ser observadas para que o PNSP alcance o sucesso desejado: comprometimento dos dirigentes e gestores do SUS; governança plural, ampla com participação dos atores com acúmulos, aportes e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado; coordenação gestora e executiva do programa, com disponibilidade, apoiada por uma estrutura, cujos recursos sejam compatíveis com a dimensão e a complexidade da implementação de um programa dessa envergadura e a ação de comunicação social ampla para que a busca pela segurança do paciente passe a ser de domínio público.

Outros programas e políticas do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contribuem com o PNSP. Merecem destaque: o conjunto de iniciativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em especial o



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

programa hospital sentinela; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS); a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades de Saúde detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede); a Política Nacional de Humanização (PNH); o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST – Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que estabelece as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, recentemente pactuada na comissão intergestora tripartite.

São metas do protocolo de segurança do paciente:

1. Identificação do Paciente;
2. Melhorar a Comunicação entre Profissionais de Saúde;
3. Melhorar a Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de Medicamentos;
4. Assegurar Cirurgia em Local de Intervenção, Procedimento e Paciente Correto;
5. Higienizar as Mãos Para Evitar Infecções;
6. Reduzir o Risco de Queda e Lesão Por Pressão.

2. Objetivo principal

Padronizar as atividades dentro da Unidade de Pronto Atendimento João Pereira e no Centro de Saúde Rodrigo Gomes propiciando a prática assistencial segura tanto ao paciente quanto ao profissional prestador do serviço, reduzindo eventos adversos resultantes de exposição a doenças e procedimentos, embasado na RDC nº 36 de 25/07/2013.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

3. METAS CONFORME PNSP

Meta 1: Identificação do Paciente

Apresentação

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. 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. Vários estudos realizados identificaram falhas na identificação dos pacientes culminando em erros de procedimentos, administração de medicamento, culminando em eventos adversos em vários níveis de gravidade, desde reações adversas a medicamento, até óbito.

Em várias instituições foi implantado a identificação do paciente com uma pulseira branca. 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.

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional

- I. *Recepção:* Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, solicitar um documento oficial, preferencialmente com foto, para



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- inserir o paciente no sistema;
- II. *Triagens*: Ao chamar o paciente para realizar o motivo da procura de atendimento médico, confirmar verbalmente o **nome completo** do paciente;
 - III. *Setor de Observação (Hidratação)*: Após o paciente ser atendido pelo médico, no caso de necessidade de medicação via oral, intramuscular e/ou endovenosa, proceder com a leitura da prescrição médica onde consta o nome do paciente, fazer a confirmação do nome completo em todas as etapas durante a assistência;
 - IV. *Setor de Observação de Longa Permanência*: Em casos que necessitem de internamento nos hospitais de referência, o paciente deve ser identificado com uma pulseira branca contendo o nome completo e data de nascimento e/ou nº do cadastro do sistema eletrônico no punho direito; As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice I deste Protocolo. Outro método de identificação também deve ser utilizado durante a observação de longa permanência, considerando que intecorrências podem acontecer com a identificação da pulseira como ela arrebentar e/ou ficar ilegível. A segunda identificação é a do leito em que o paciente ficará aguardando a vaga para ser encaminhado ao hospital de referência; As especificações da identificação de leito do paciente estão descritas no Apêndice II deste Protocolo.
 - V. *Setor de Imagem*: Ao receber o paciente para realização de exames de imagem, conferir a solicitação médica e proceder com a confirmação do nome completo do paciente durante todo o processo.

Monitoriamento da Identificação do Paciente

Informar o paciente sobre a necessidade da identificação, utilizando linguagem clara e objetiva, minimiza erros e proporciona segurança nas atividades realizadas na unidade. Educar o paciente, o acompanhante/familiar/cuidador explicando o propósito da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado e, ao realizar qualquer conversa com o paciente, chamá-lo pelo nome sempre que necessário. Inclui a orientação da administração de medicamentos e de hemoderivados, da coleta de material para



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

A identificação de todos os pacientes deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira na cor branca, essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

No caso de pacientes com impossibilidade de proceder a identificação com pulseira como, queimados e/ou multilados, definir outra via de identificação como os membros inferiores e a identificação do leito, bem como a identificação do acompanhante (caso tenha).

Deverá ser promovido um rodízio dos membros utilizados para identificação, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros. Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente. Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça. O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

Nos casos de transferências de pacientes para outro serviço de saúde, realizar a confirmação da identificação do paciente, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui: A administração de medicamentos, A administração do sangue, A administração de hemoderivados, A coleta de material para exame, A entrega da dieta e; A realização de procedimentos invasivos e/ou exames de imagem.

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontrase legível.

Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço. A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

Indicadores Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizadas nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados. Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

1. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

APÊNDICE I

ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

I. Cor

- a) A pulseira usada para a identificação do paciente deve ser de cor branca.
- b) Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

II. Tamanho

As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo:

- a) Compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos;
- b) Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação. Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes. As extremidades do corte não devem ser afiadas. Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

III. Conforto

Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente incluem:

- Forma – não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.
- Bordas – o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.
- Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele.
- Material – o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alérgico.

IV. Facilidade de uso

As pulseiras de identificação do paciente devem ser:



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- a) Fáceis de limpar.
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos (sabão, detergentes, géis, sprays, esfregas, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais).
- c) Projetadas de maneira que permitam que os pacientes as lavem.
- d) Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das pulseiras de identificação.

IV.I Os seguintes aspectos devem ser considerados para facilitar o uso das pulseiras:

- a) Armazenamento;
- b) Acesso ao local de armazenamento;
- c) Preenchimento dos identificadores do paciente;
- d) Mudança ou atualização de informação;
- e) Leitura e verificação da informação;
- f) Colocação no paciente (incluindo a seleção do tamanho correto ou o ajuste ao comprimento correto);
- g) Fixação; Remoção.

IMPORTANTE: A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

V. Registro dos identificadores do paciente.

Os serviços de saúde utilizarão diferentes métodos para gerar os identificadores do paciente a serem incluídos na pulseira de identificação. Em alguns casos, podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde; em outros, eles podem ser manuscritos. Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve ser:

- a) Fácil de ler;
- b) Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no serviço de saúde, considerando a sua substituição, sempre que recomendada;

Para que as exigências sejam atendidas:

- a) As etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.
- b) A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- c) A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação.
- d) O espaço disponível para a inserção dos dados do paciente deve ser adequado para que os identificadores do paciente sejam registrados de forma clara e inequívoca.
- e) A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação do paciente de uma mesma unidade de saúde a fim de garantir a padronização. Isso facilita a leitura das pulseiras de identificação, evitando erros.
- f) A data de nascimento deve ser registrada no formato curto como DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/06/2005).
- g) Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nomes múltiplos e nomes hifenizados.
- h) Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados.
- i) No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura.
- j) Para a impressão dos identificadores do paciente, deve ser usada cor que seja claramente legível em circunstâncias de iluminação reduzida (tais como enfermarias durante a noite) e por aqueles com deficiência visual.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

APÊNDICE II

ESPECIFICAÇÕES DA IDENTIFICAÇÃO DO LEITO DO PACIENTE

- a) Utilizar impresso próprio da unidade que está disponível no computador da unidade.
- b) Preencher com nome completo, data de nascimento, nome da mãe, e observações pertinentes.
- c) Atentar a NÃO preencher dados que exponha o paciente.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

META 2: Comunicação entre Profissionais de Saúde

Apresentação

Segundo o dicionário Aurélio, comunicação é a derivação feminina do verbo comunicar, pôr em comunicação, participar, fazer saber, pegar, transmitir. Estar em comunicação. Corresponder-se. Propagar-se. Transmitir-se.

Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Nesse sentido, a comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe interdisciplinar e o cliente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes que a levaram a investigar e propor soluções para prevenção dos danos. No Brasil, a importância da comunicação efetiva como meta de segurança do paciente foi difundida após publicação de Portaria Ministerial 529/2013 (BRASIL, 2013; MARQUES; LIEBER, 2014).

A comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Falhas de comunicação tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (ARAUJO et al., 2017; DUARTE; BOECK, 2015).

Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente. A comunicação pode ser eletrônica, verbal ou escrita. O momento da comunicação mais suscetível a erros consiste na informação de resultados de exames críticos, como telefonema do laboratório à unidade de cuidados para relatar os resultados de um teste de urgência (GOMES, et al.2014).

A comunicação é a troca de informação envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. Vários fatores podem influenciar na comunicação em instituições de saúde: complexidade do cuidado, diversidade na



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

formação profissional, efeito da hierarquia, número inadequado de profissionais, limitações inerentes ao desempenho humano como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas. Vale ressaltar que erros não devem ser associados à falta de treinamento técnico e falhas pessoais discutidos pontualmente. Mesmo profissionais mais experientes cometem erros (CASTELLS, 2009; FERREIRA, 2010; WOLTON, 2010, FIGARO, 2014).

Alguns serviços de alta confiabilidade, como a aviação, mostraram que a adoção de ferramentas e comportamentos padronizados na busca da comunicação efetiva são estratégias muito eficazes para melhorar o trabalho em equipe e reduzir o risco. Diante disso, percebe-se que é possível adotar comportamentos e habilidades necessárias para implementar a comunicação e a mudança na cultura organizacional em segurança do paciente nas Unidades de Saúde.

Este Protocolo tem o intuito de auxiliar os profissionais de saúde a reconhecer os momentos críticos existentes na comunicação entre as equipes de saúde e sistematizar as ações para melhoria dos processos comunicacionais entre os profissionais no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional

A meta da comunicação efetiva tem o objetivo desenvolver de forma colaborativa uma política e/ou procedimentos para as prescrições verbais, escrita ou telefônicas. A recomendação de ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida é considerada uma medida de segurança para garantir uma comunicação clara, precisa, completa e sem ambiguidade para o receptor. Algumas publicações referenciam a predominância de falhas, incidentes e eventos adversos relacionados à comunicação ineficaz entre os profissionais da saúde, conforme descrição:

- Erros relacionados à suspensão de cirurgias, de procedimentos / exames e o tempo prolongado do jejum;



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- ➔ Erros relacionados à cadeia medicamentosa (falhas de redação e interpretação da Prescrição Médica, dispensação e preparo dos medicamentos, uso de siglas, abreviaturas, rasuras, entre outros);
- ➔ Erros relacionados à emissão das informações nas situações críticas como: passagem de plantão, rounds, ferramentas para troca de equipes e transferências entre unidades, assim como a ausência de displays, painéis e ferramentas para formalização da comunicação entre as equipes.

Dados da Joint Commission têm demonstrado que problemas de comunicação são os mais comumente encontrados nas análises de causa-raiz dos eventos sentinela falhas de comunicação em até 70% dos casos (JCI, 2012).

1. Informação nunca foi transmitida;
2. Informação foi dada, mas recebida de modo impreciso;
3. Informação transmitida, mas nunca recebida.

Afim de otimizar a comunicação e estabelecer um entendimento linear das informações prestadas na assistência, foi necessário desenvolver e implementar estratégias e mecanismos que promovam a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na assistência com os seguintes processos relacionados a esta meta:

- Levantar todas as informações necessárias sobre o paciente, o motivo da procura do atendimento médico e seu histórico de saúde;
- Preencher os prontuários, realizar registros e prescrições de forma clara e objetiva afim de minimizar erros na interpretação e garantir a disponibilização das informações à equipe com o melhor histórico possível de saúde e uso de medicamentos;
- Prevenir a omissão de informações;
- Questionar e esclarecer dúvidas, tanto dos profissionais de saúde com o paciente e/ou acompanhante, como o contrario, dos pacientes com a equipe de saúde;
- Identificar eventos adversos e tomar as medidas apropriadas, quando orientados;
- Orientar o paciente e cuidadores na alta hospitalar.
- Fazer perguntas abertas para avaliar o entendimento do paciente;
- Use o método de comunicação Teach Back para determinar se um paciente entendeu suas instruções e se pode repetir as informações com suas próprias



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

palavras. O método Teach Back consiste em explicar as instruções ao paciente e, em seguida, solicitar que ele as explique de volta, com o objetivo de avaliar seu nível de entendimento e esclarecer possíveis dúvidas. Este processo pode ser repetido até que haja um entendimento completo da informação.

- Usar a estratégia de “Mostrar de Volta” (“Show back”) ao ensinar um paciente a usar um dispositivo ou realizar uma tarefa específica. Após ensinar o paciente a utilizar um dispositivo (ex.: dispositivo inalatório) ou realizar uma tarefa (ex.: aplicação de insulina, aferição da pressão arterial) peça para que ele demonstre como fazer.
- Usar uma linguagem simples ao orientar o paciente. Evite o uso de terminologias técnicas ou complicadas. Use palavras simples e comuns para ser o mais claro possível e minimizar o risco de mal-entendidos.
- Fale mais devagar ao fornecer instruções. Seja respeitoso e claro sem ser paternalista.
- Forneça informações em um nível apropriado.

Outra técnica de comunicação a ser utilizada, é a comunicação em alça fechada, que consiste em uma técnica simples, baseada em evidências, que permite a confirmação imediata do entendimento do interlocutor. Por esse método, após as explicações dadas pelo profissional de saúde, os pacientes são convidados a dizer, em suas próprias palavras, o que compreenderam. Com isso, há a possibilidade de identificar, corrigir e esclarecer quaisquer mal-entendidos ou dúvidas que possam estar presentes.

A técnica é dividida em quatro estágios. No primeiro, a informação é transmitida pelo profissional de forma calma e clara, evitando-se uso de linguagem técnica e fazendo contato visual com o paciente e/ou familiares. Em seguida, pede-se ao paciente para que, por meio de suas próprias palavras, recontem o que lhe foi transmitido. Se dúvidas, mal-entendidos ou inseguranças forem percebidos, estes podem ser esclarecidos no terceiro estágio.

Em situações traumáticas e/ou estressantes, a possibilidade de que informações importantes sejam perdidas aumenta. Além disso, outros fatores como nível educacional, a linguagem utilizada, a presença de ruídos ou outros elementos distratores, entre outros, podem contribuir para que ocorram falhas de comunicação. Nesse contexto, o profissional de saúde precisa, não somente transmitir sua mensagem de forma clara e empática, mas

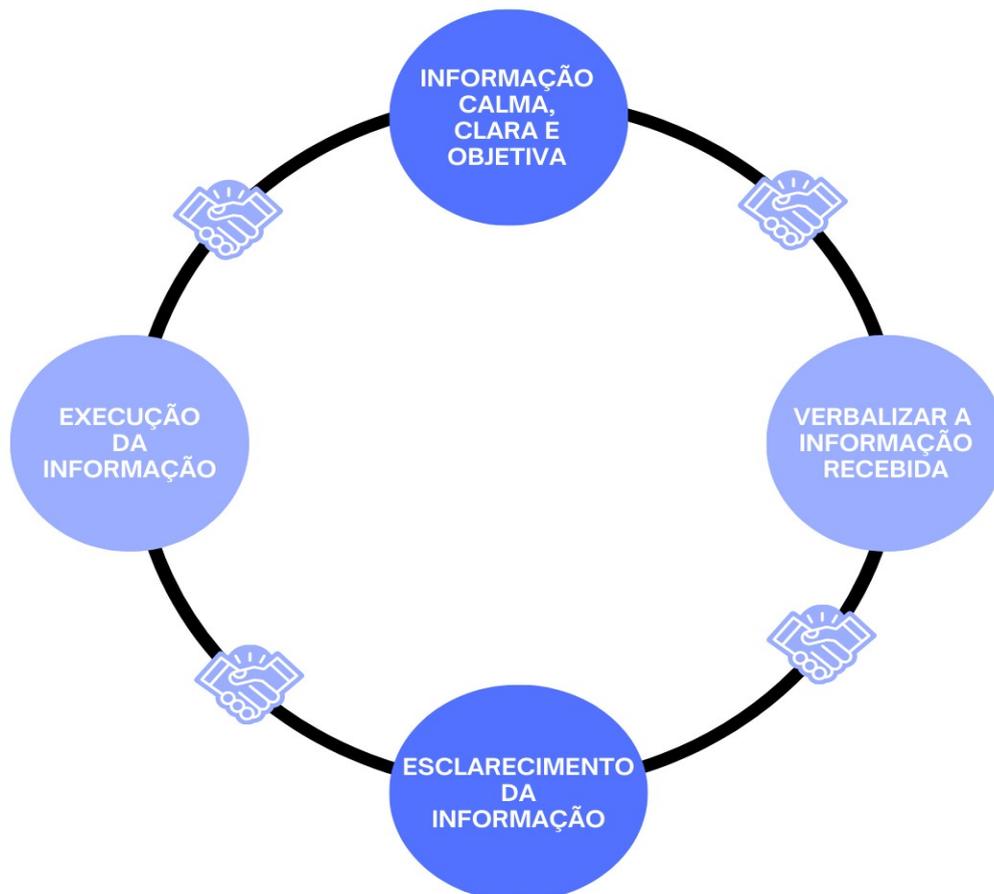


PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

também assegurar-se de que foi compreendido. A comunicação em alça fechada é uma estratégia útil para verificar a compreensão dos pacientes e em situações de emergência dentro da equipe.

A técnica de comunicação em alça fechada pode ser utilizada em diversas situações de comunicação entre profissionais de saúde e usuários. Consultas ambulatoriais, instruções para alta, conferências familiares e comunicação de más notícias são situações onde a aplicação da ferramenta se mostrou associada a maior adesão, menores taxas de readmissão e maior sensação de segurança.

Além de adequação da linguagem utilizada, é preciso que o profissional esteja atento a alguns detalhes, especialmente à linguagem não verbal (olhar o interlocutor nos olhos, manter postura relaxada, evitar olhar no relógio e/ou celular), para que pacientes e



familiares e sintam acolhidos e participem satisfatoriamente de seu processo de cuidado.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

META 3: Melhorar a Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de Medicamentos

Apresentação

O princípio básico da segurança do paciente é a redução de danos causados pelos cuidados em saúde. De acordo com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (IPSM), dois dos principais domínios em prol do uso seguro de medicamentos envolvem o empoderamento de pacientes, familiares e cuidadores e o engajamento de todas as partes envolvidas. Populações de faixas etárias extremas (crianças e idosos) são as mais suscetíveis a eventos adversos e, portanto, demandam maior número de intervenções para preveni-los.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Medicamentos de Alta Vigilância, também denominados medicamentos de alto risco ou medicamentos potencialmente perigosos, são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos moderados a graves aos pacientes, em decorrência de falha na cadeia terapêutica, como por exemplo as drogas vasoativas, soluções concentradas de eletrólitos (Ex: cloreto de potássio), opióides, anticoagulantes (Ex: heparina), trombolíticos (Ex: atepase), insulinas, agentes quimioterápicos, dentre outros. Identificá-los com etiquetas vermelhas antes da dispensação, armazená-los separados das demais medicações, e estabelecer a dupla checagem antes do preparo e administração, são medidas que reduzem o risco de erros.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional

A fim de minimizar as falhas relacionadas ao uso de medicamentos, se faz necessária a melhoria nos seguintes processos relacionados a esta meta:

- Checagem dos dados da pulseira de identificação com o paciente, com a prescrição médica, e com a etiqueta de medicação;
- Realização de procedimentos de dupla checagem dos medicamentos, na dispensação e administração dos medicamentos;
- Envolvimento do paciente e familiares no processo de cuidado, para esclarecimento de todas as suas dúvidas
- Medicamento com grafia ou sons semelhantes podem ser identificados no local de armazenamento e prescritos utilizando a técnica de letras maiúsculas nas sílabas diferentes, como por exemplo: CefaLOTina / CefaZOLina.
- Medicamentos com aparência semelhantes, como por exemplo as ampolas plásticas de eletrólitos (cloreto de potássio, sulfato de magnésio, cloreto de sódio 10% / 20%, gliconato de cálcio 10%) e glicose 50%, serem armazenados distantes entre si e das ampolas plásticas de soro fisiológico e água destilada, além de serem identificados com uma etiqueta colorida (Ex: amarelo), no local em que forem armazenados.
- As prescrições verbais de medicamentos são restritas a situações de urgência e emergência, as quais requerem atendimento médico imediato, por implicarem risco potencial ou iminente de vida, ou sofrimento intenso. Nestes casos, recomenda-se utilizar a técnica “read-back”: quem recebeu a prescrição verbal deve repetir de



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

volta o que foi dito, e ser confirmado pelo prescritor antes que o medicamento seja administrado. Assim que possível, o prescritor valida a prescrição por escrito.

- Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.
- O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).
- A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação.
- A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.
- A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.
- Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação. As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita.

O uso dos “certos” como estratégia para uma administração segura de medicamentos, foi criado na década de 60, especificamente como “cinco certos”. Desde então esta prática de verificação tem sido amplamente utilizada, acrescentando-se inclusive outros itens a serem checados (9 certos e até 13 certos). Os 9 certos no preparo e administração de medicamentos são:

1. Paciente certo.
2. Medicação certa.
3. Forma farmacêutica certa.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

4. Dose certa.
5. Via certa.
6. Horário certo.
7. Orientação certa: Instruir o paciente sobre qual o medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.
8. Registro certo: O registro envolve todos os procedimentos realizados com o paciente, assim como os detalhes da administração dos medicamentos, como dose e horário. Esse documento possibilitará a continuidade do tratamento com maior segurança.
9. Monitoramento certo: Observar atentamente o paciente que foi medicado para avaliar as respostas do seu organismo aos medicamentos. Checar se os efeitos desejados estão sendo obtidos, ou se qualquer outro efeito não esperado esteja presente.

Além dos certos, é imprescindível que não seja administrado nenhum item da prescrição caso haja qualquer dúvida, quanto à indicação, dose, diluição, frequência ou via, sem antes confirmar as informações com o médico prescritor e/ou farmacêutico. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem proíbe em seu “Art. 30 Ministrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos.”

Outro grande aliado na prevenção de erros, têm sido os sistemas de prescrição eletrônica. Os mais atuais, já possuem barreiras relacionadas a prescrição de doses não recomendadas, sinalização de interações medicamentosas, alertas de atraso ou não administração de doses, dentre outras.

Utilizando-se essas barreiras em cada etapa do processo, é possível reduzir de forma considerável os erros na administração dos medicamentos, fortalecendo a segurança do paciente.

ATENÇÃO: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

META 4: Assegurar Cirurgia em Local de Intervenção, Procedimento e Paciente Correto

Apresentação

O funcionamento adequado da equipe é influenciado tanto positiva quanto negativamente pelas habilidades não técnicas dos profissionais e a comunicação é o suporte e meio de expressão de muitas destas habilidades, tornando a comunicação eficaz um componente crucial para a realização de procedimentos invasivos, assegurando o paciente de que o procedimento terá sucesso.

A adoção de medidas preventivas para redução de risco para os pacientes e segurança aos profissionais envolvidos na assistência deve seguir alguns passos necessários que será descrito no decorrer do protocolo. Nas unidades de pronto atendimento 24hs e centros de saúde não são realizados procedimentos cirúrgicos, porém existem procedimentos invasivos como suturas e cantoplastias sendo pertinente a execução de medidas de segurança para sucesso dos procedimentos.

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional

Para a realização de procedimentos invasivos nas unidades, são necessários alguns passos a serem executados por todos os envolvidos no processo como:

Aos Enfermeiros:

- Identificação da necessidade de realização do procedimento e proceder com a triagem do paciente;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- Realizar levantamento dos dados do paciente, histórico de saúde, alergias, comorbidades e medicamentos/conduitas realizadas;
- Comunicar ao médico imediatamente sobre o paciente;

À equipe técnica:

- Separar os materiais necessários para realização do procedimento;
- Realizar a limpeza do local a ser avaliado pelo médico;
- Auxiliar o médico no procedimento, atentando-se a privacidade do paciente, proporcionando conforto e segurança;
- Realizar curativo no local do procedimento;
- Administrar medicações, caso prescrito pelo médico;
- Realizar orientações ao paciente para procurar a Unidade Básica de Saúde próximo a sua residência para realização dos curativos e retirada dos pontos;
- Fazer anotação do procedimento detalhado no PEP do paciente;

Aos Médicos:

- Tratar o paciente pelo nome;
- Utilizar a comunicação de alça fechada com o técnico de enfermagem que o está auxiliando;
- Realizar orientações sobre o procedimento, explicando detalhadamente passo a passo do procedimento com os riscos que podem ocorrer e medidas a serem tomadas caso ocorram;
- Proceder com o procedimento, acolhendo o paciente com empatia, respondendo suas dúvidas e proporcionando segurança em relação aos seus medos;
- Ao término do procedimento, explicar todos os cuidados que o paciente deve ter com o ferimento, reforçando as orientações sobre a realização do curativo e retirada dos pontos na UBS de sua referência (próximo a sua residência);



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

META 5: Higienizar as Mãos para Evitar Infecções

Apresentação

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um problema sério e têm um impacto econômico significativo nos pacientes e sistemas de saúde em todo o mundo. No entanto, a correta higiene das mãos, considerada uma ação simples mas realizada no momento certo e da maneira certa, pode salvar vidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu as Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde baseadas em evidências científicas para auxiliar os serviços de saúde a melhorar a higiene das mãos e, assim, reduzir as IRAS.

Estudos sobre o tema mostram que a adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é baixa, devendo ser estimulada para tornar esses profissionais conscientes da importância de tal hábito. Torna-se imprescindível reformular essas práticas nos serviços de saúde, na tentativa de mudar a cultura prevalente, de modo a aumentar a adesão à higienização das mãos.

Dessa forma, a atenção dos gestores públicos, dos diretores e administradores dos serviços de saúde e dos educadores deve estar voltada para o incentivo e a sensibilização dos profissionais com relação à adoção de práticas cotidianas de higienização das mãos. Todos devem estar conscientes da importância dessas medidas para garantir a segurança e a qualidade da atenção prestada.

As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois é através delas que eles executam suas atividades. Assim, a segurança dos pacientes, nesses serviços, depende da higienização cuidadosa e frequente das mãos desses profissionais.

A Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas sistematicamente, com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções relacionadas aos serviços de saúde. Destaca também a necessidade da higienização das mãos nos serviços de saúde. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 da Anvisa, de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Normas e Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, definindo, entre outras, a necessidade de lavatórios/pias para a higienização das mãos.

Esses instrumentos normativos reforçam o papel dessa prática como a ação mais importante na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Os tipos de higienização das mãos são:

Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida: preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras: preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As mãos devem ser lavadas com água e sabonete (líquido ou espuma) quando estiverem visivelmente sujas de sangue ou outros fluidos corporais, quando a exposição a potenciais organismos formadores de esporos é fortemente suspeita ou comprovada, ou depois de utilizar o banheiro (recomendação II).

O processo de higienizar as mãos de maneira efetiva, friccionando com preparação alcoólica ou lavando as mãos, depende de uma série de fatores:

- a qualidade da preparação alcoólica (conformidade com os padrões europeus e dos EUA);
- a quantidade de produto utilizada;
- o tempo de fricção ou lavagem;
- a superfície da mão friccionada ou lavada.

As ações de higiene das mãos são mais eficazes quando a pele da mão é livre de lesões/cortes, as unhas estão no tamanho natural, curtas e sem esmaltes e as mãos e antebraços sem kóias e descobertos.

Por isso, é importante tomar uma série de medidas durante o processo de higiene das mãos para tornar as mãos seguras durante a prestação dos cuidados.

A higiene das mãos pode ser realizada friccionando as mãos com preparação alcoólica ou higienizando com água e sabonete, o que deixa as mãos livres de contaminação microbiana potencialmente prejudicial e também seguras para o atendimento ao paciente.

Higienização das Mãos com Álcool em Gel

A maneira mais eficaz de garantir uma ótima higiene das mãos é utilizar a preparação alcoólica para as mãos. De acordo com as Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde, quando a preparação alcoólica para as mãos está disponível, deve ser adotada como produto de escolha para a antissepsia rotineira das mãos (recomendação IB).

Indicação do uso de preparações alcoólicas - higienizar as mãos com preparação alcoólica (sob a forma gel ou líquida com 1-3% glicerina) quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:

- ✓ Antes de contato com o paciente;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

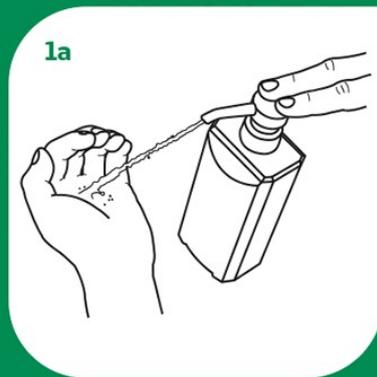
- ✓ Após contato com o paciente;
- ✓ Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- ✓ Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- ✓ Após risco de exposição a fluidos corporais;
- ✓ Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, durante o cuidado ao paciente;
- ✓ Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- ✓ Antes e após remoção de luvas.



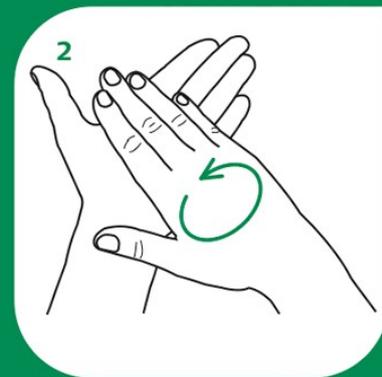
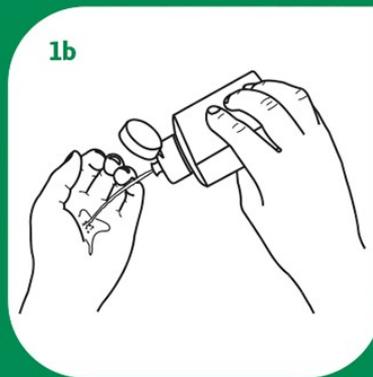
PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

COMO FAZER A FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS.

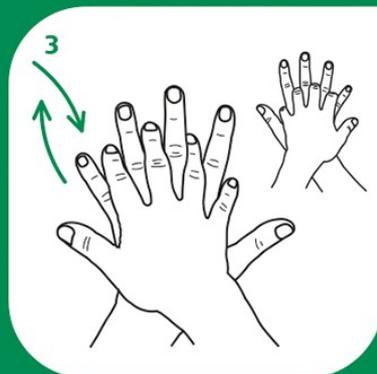
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 segundos.



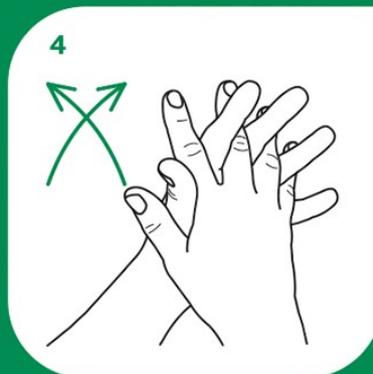
1- Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão, em forma de concha, para cobrir todas as superfícies das mãos.



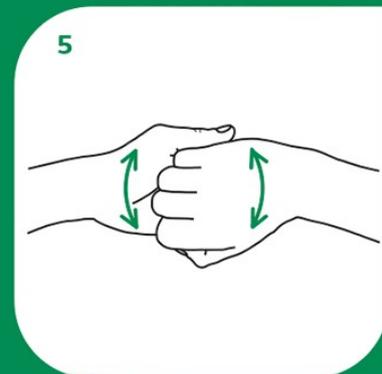
2- Friccione as palmas das mãos.



3- Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos. E vice-versa.



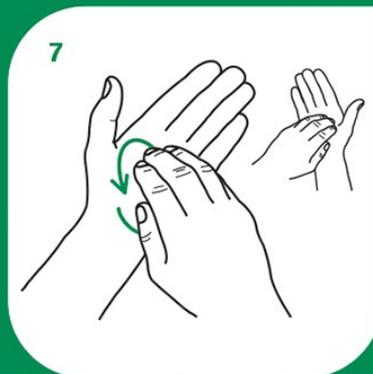
4- Friccione as palmas das mãos com os dedos entrelaçados.



5- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, em movimento de vai e vem. E vice-versa.



6- Friccione o polegar esquerdo, com auxílio da palma da mão direita, em movimento circular. E vice-versa.



7- Friccione polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, em movimento circular. E vice-versa.



8- Suas mãos estarão seguras quando estiverem secas.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Higienização das Mãos com Sabonete

As mãos devem ser lavadas com água e sabonete (líquido ou espuma) quando estiverem visivelmente sujas de sangue ou outros fluidos corporais, quando a exposição a potenciais organismos formadores de esporos é fortemente suspeita ou comprovada, ou depois de utilizar o banheiro.

O sabonete comum não contém agentes antimicrobianos ou os contém em baixas concentrações, funcionando apenas como conservantes. Os sabonetes para uso em serviços de saúde podem ser apresentados sob várias formas. Favorecem a remoção de sujeira, substâncias orgânicas e da microbiota transitória das mãos pela ação mecânica.

Em geral, a higienização com sabonete líquido remove a microbiota transitória, tornando as mãos limpas. Esse nível de descontaminação é suficiente para os contatos sociais em geral e para a maioria das atividades práticas nos serviços de saúde. A eficácia da higienização simples das mãos, com água e sabonete, depende da técnica e do tempo gasto durante o procedimento que normalmente dura em média 8 a 20 segundos.

Os sabonetes não associados à antissépticos podem se contaminar, causando colonização das mãos dos profissionais de saúde com bactérias Gram-negativas. O sabonete líquido torna-se passível de contaminação, caso o reservatório seja completado sem esvaziamento e limpeza prévia. Os dispensadores devem ser facilmente removíveis para serem submetidos à limpeza e secagem completa antes de serem preenchidos, quando não forem descartáveis.

Indicação do uso de água e sabonete:

- ✓ 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;
- ✓ Antes e após contato com paciente colonizado;
- ✓ Após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico;



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

✓ Nas situações indicadas para o uso de preparações alcoólicas.

COMO HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE.

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 segundos.



1- Molhe as mãos com água. Aplique, na palma de uma das mãos, quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das duas mãos.



2- Ensaboe as mãos, friccionando suas palmas.



3- Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos. E vice-versa.



4- Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



5- Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, em movimento de vai e vem. E vice-versa.



6- Esfregue o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita, em movimento circular. E vice-versa.



7- Friccione polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, em movimento circular. E vice-versa. E vice-versa.



8- Enxágue bem as mãos com água. Seque as mãos com papel toalha descartável.



9- Sempre utilize papel toalha para acionar torneiras de fechamento manual. Agora, suas mãos estão seguras.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os 5 Momentos

O conceito “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” propõe uma visão unificada para os profissionais de saúde, os formadores de observadores de higiene das mãos e os observadores para minimizar a variação interindividual e levar a um aumento global da adesão às práticas efetivas de higiene das mãos.

Considerando as evidências, esse conceito sintetiza as indicações de higiene das mãos recomendadas pelas Diretrizes da OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde (consultar a Parte II das Diretrizes) nos cinco momentos em que a higiene das mãos é necessária. Vale ressaltar que essa abordagem centrada no usuário e no paciente visa à complexidade mínima e uma harmoniosa integração no fluxo de trabalho natural, que se aplica a uma ampla gama de unidades assistenciais e profissionais de saúde.

A decisão de abordar a higiene das mãos utilizando um conceito sintético, focando em apenas cinco indicações, tem como objetivo facilitar o entendimento dos momentos em que há riscos de transmissão de micro-organismos pelas mãos, memorizá-los e incorporá-los nas atividades assistenciais.

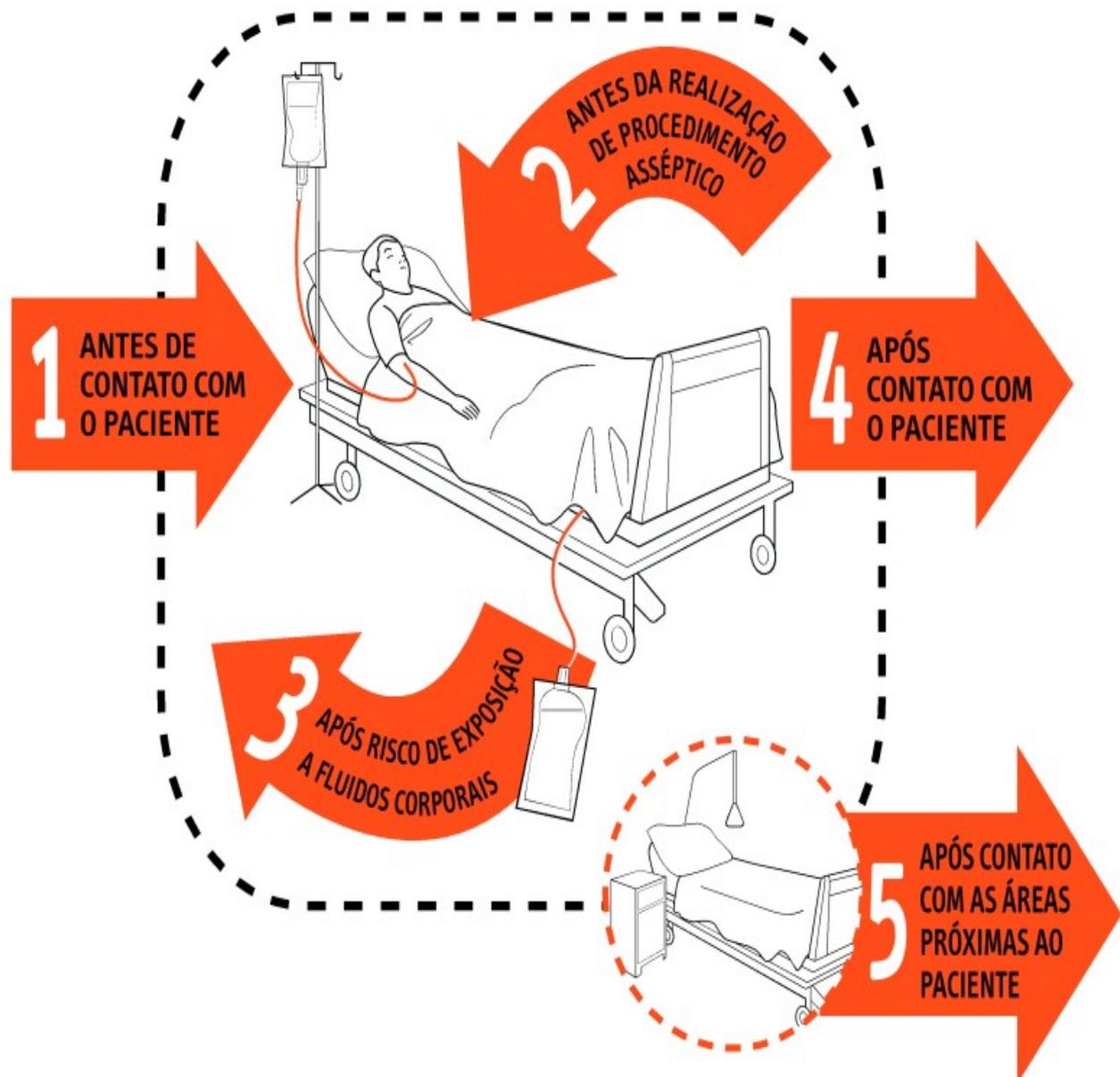
Os “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” devem ser utilizados como a abordagem de referência para a prática correta, o ensino e a avaliação da higiene das mãos.

O conceito tenta ir além da longa lista (nunca exaustiva) de ações e situações assistenciais que exigem a higiene das mãos, não define procedimentos específicos e múltiplos e situações assistenciais, mas ajuda a focar nos momentos essenciais incorporados na sequência de cuidados em que há necessidade de higienizar as mãos. Não reduz de modo algum a necessidade de higiene das mãos. É uma ferramenta que serve para identificar os momentos em que a higiene das mãos deve ser efetuada, bem como para identificar quando a prática não é útil.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS





PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

META 6: Reduzir o Risco de Queda e Lesão por Pressão

RISCO DE QUEDA

Apresentação

Queda é definida como um evento em que a pessoa, inadvertidamente, cai no chão ou em outro nível abaixo daquele em que se encontrava antes da ocorrência deste evento. A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e danosa, deve ser um evento previsível. Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes/dia. Além disso, a ocorrência do evento pode provocar aumento nos dias de internação e comprometer o quadro clínico e a recuperação do indivíduo impactando negativamente nos custos em saúde.

As causas de quedas no âmbito hospitalar são multifatoriais e estão associadas a fatores de risco ambientais e individuais como fragilidade fisiológica e/ou patológica, a associação de medicamentos que provocam efeitos colaterais, a necessidade urgente de usar o banheiro, ambiente não familiar e o uso de dispositivos como sondas, drenos e próteses, entre outros.

Assim, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes e a identificação do risco potencial para ocorrência de quedas através de uma classificação adotada pelas unidades de saúde a fim de que os profissionais envolvidos realizem diagnósticos e executem o planejamento de ações preventivas.

Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos realizados na assistência ao paciente que contribuirá diretamente para a efetivação deste protocolo.

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional

A avaliação do risco de queda deve ser realizada de forma rotineira. Um dos recursos para a prevenção da queda é a identificação precoce do risco de cair. A avaliação do risco de queda efetua-se através de escalas de avaliação de risco. O objetivo dessas escalas é triar de forma rápida as pessoas com risco de forma que previnam danos ao paciente. Na UPA 24hs João Pereira e no Centro de Saúde Rodrigo Gomes deverá ser realizada a avaliação do risco de quedas no momento da admissão do paciente pelo enfermeiro com o emprego da Escala de Morse (ANEXO 1) e a atualização da referida avaliação diariamente até a alta hospitalar. Ambas devem ser anotadas no prontuário do paciente.

O uso de instrumentos que mensurem esse risco é uma estratégia útil e valiosa, da qual os profissionais de saúde devem usufruir. A escala mais utilizada é da Morse Fall Scale. Deve-se, nesse momento de avaliação, buscar identificar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento, como: osteoporose e/ou fragilidade óssea, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas.

Todos os pacientes encaminhados aos serviços de saúde pelo SAMU incluindo as transferências entre hospitais devem ser considerados com risco elevado para quedas e adotadas medidas preventivas até que a unidade receptora realize uma avaliação definitiva e reclassifique o risco. Na ocorrência de quedas durante o transporte, seja intra ou extra-hospitalar, comunicar o profissional responsável pelo recebimento do paciente (destino).

Na pediatria é importante observar a adequação das acomodações (camas e berços) de acordo com a faixa etária:

1. Recém-nascidos devem ser colocados em berços de acrílico e/ou incubadora;
2. Crianças menores de 36 meses devem utilizar berços com grades elevadas;
3. Crianças maiores de 36 meses devem utilizar camas com grades.

Os dispositivos de ajuste das camas e macas devem ser submetidos à manutenção preventiva, assegurando a lubrificação permanente de forma a garantir sua operação sem



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

sobrecarga para os trabalhadores. Outra medida importante é a elevação das grades de macas de transporte durante todo o percurso para prevenção de quedas.

O enfermeiro é o profissional responsável por avaliar o risco de queda e planejar as ações de caráter preventivo para pacientes com risco de queda. Quando identificado o risco, é necessário o repasse das informações aos pacientes, familiares e toda equipe multidisciplinar de cuidado. O risco deve ser sinalizado através de: pulseira para identificação de risco para queda, placa de identificação no leito, alertas em prontuário, prescrição de enfermagem e/ou formulário de passagem de plantão.

Para os pacientes com risco alto para quedas é obrigatório a presença de um acompanhante e caso este não esteja presente torna-se necessário o acionamento do Serviço Social para as providências necessárias.

A equipe de enfermagem é responsável, na passagem de plantão, pela comunicação efetiva entre os profissionais e serviços sobre os riscos de queda e risco de dano da queda.

Deve-se fazer a reavaliação dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator predisponente.

A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu permite a identificação dos fatores contribuintes para o evento adverso e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo do cuidado mais seguro.

Nos casos de queda deve ser seguido uma sequência de medidas a serem tomadas para atender o paciente visando a minimização dos danos (Anexo 2).

Atribuições por categoria:

Enfermeiro:

- 1) Avaliar o risco de queda do paciente na admissão e de forma rotineira;
- 2) Realizar de forma obrigatória o registro do risco de quedas no prontuário do paciente;
- 3) Realizar a reavaliação do risco de quedas diariamente nos pacientes internados e/ou em observação até a alta da unidade de saúde;



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- 4) Reavaliar o paciente em qualquer alteração apresentada no quadro clínico para o risco de quedas;
- 5) Sinalizar visualmente (na placa de identificação do leito e/ou em pulseira própria) o risco de queda nos pacientes a fim de alertar toda equipe do cuidado;
- 6) Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme o risco levantado na avaliação;
- 7) Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar e/ou utilizar material orientador específico;
- 8) Supervisionar constantemente os pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda;
- 9) Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente, caso necessitar;
- 10) Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Técnico de Enfermagem:

1. Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
2. Contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;
3. Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
4. Comunicar o enfermeiro sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente que possa modificar o risco de quedas;
5. Transportar os pacientes seguindo o que é preconizado pelo protocolo de transporte seguro intra-hospitalar do serviço de saúde;
6. Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante, quando necessário;
7. Realizar rondas noturnas de forma periódica;
8. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
9. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Médico:



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;
2. Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
3. Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
4. Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de ocorrências de queda na unidade;
5. Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
6. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Equipe Multiprofissional:

1. Conhecer e cumprir esta rotina, assim como de suas respectivas lideranças, de fazer cumprir orientando seus membros quanto à exigência da identificação do risco para queda e observância dos cuidados pré-definidos para cada paciente;
2. Implementar os procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes;
3. Anotar no prontuário do paciente se verificar sinais que alertem para risco de queda ou dano decorrente da queda;
4. Notificar no Pep do Paciente a ocorrência de queda.

Condutas preventivas de acordo com o grau de risco:

Baixo Risco de queda (Escore na Escala de Morse de 0-24 pontos)

Orientar sobre a manutenção de um ambiente seguro e intervenções básicas, incluindo:

- a) Retirar o excesso de equipamentos/suprimentos/mobiliário das salas e corredores;
- b) Assegurar uma iluminação adequada, especialmente à noite;
- c) Manter o quarto livre de obstáculo (com atenção ao caminho entre cama e banheiro e vaso sanitário);
- d) Enrolar e prender o excesso de fios elétricos e telefônicos;



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- e) Manter seco o quarto do paciente e corredor. Coloque sinalização para indicar “perigo piso molhado”;
- f) Restringir aberturas de janelas.
- g) Orientar o paciente sobre o ambiente, incluindo a localização do banheiro, uso de cama e localização de luz de chamada;
- h) Educar o paciente/família sobre as avaliações de risco de queda, riscos de queda com lesões, intervenções rotineiras e especiais para prevenção de quedas;
- i) Incentivar os pacientes/famílias a pedir ajuda quando necessário;
- j) Manter os objetos pessoais usados frequentemente ao alcance do paciente;
- k) Manter a cama na posição mais baixa durante a utilização;
- l) Manter as grades da cama elevadas;
- m) Usar calçado antiderrapante ou chinelos de banho;
- n) Para pacientes que necessitam de dispositivos de assistência (bengala, cadeira de roda, cadeira de banho, por exemplo), assegurar-se que o paciente está consciente e independente sobre o uso antes de deixar o dispositivo ao seu alcance.

Moderado Risco queda (Escore na Escala de Morse de 25- 44 pontos)

- a) Supervisionar e/ou auxiliar a mudança de posição da cabeceira, a higiene pessoal e a ida ao banheiro;
- b) Reorientar pacientes confusos;
- c) Estabelecer cronograma de eliminação, incluindo o uso de vaso sanitário, se for o caso;
- d) Verificar se o paciente possui alguma deficiência de mobilidade, diminuição da força, diminuição do equilíbrio e/ou diminuição da resistência;
- e) Implementar Rounds de Conforto e Segurança;
- f) Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências.

Alto Risco queda (Escore na Escala de Morse de >45 pontos)

- a) Utilizar identificadores como a placa no leito e/ou pulseiras para sinalizar o Risco de Queda;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- b) Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências;
- c) Implementar um dos seguintes procedimentos: Rounds de conforto e segurança ou Leito com bom acesso e visualização da equipe de enfermagem;
- d) Permanecer com o paciente enquanto o mesmo usa o banheiro;
- e) Se o paciente necessitar de suporte ventilatório, usar trilho lateral para os extensores;
- f) Quando necessário, o transporte do paciente com a assistência de pessoal ou cuidadores treinados;
- g) Mover paciente ao leito com melhor acesso visual ao posto de enfermagem;
- h) Manter o paciente em cama baixa e com todas as grades de proteção elevadas;
- i) Realizar supervisão 24h por dia;
- j) Realizar contenção mecânica (prescrição médica), se necessário, e manter as grades elevadas;
- k) Verificar se o paciente possui alguma deficiência de mobilidade, diminuição da força, diminuição do equilíbrio e/ou diminuição da resistência;
- l) Realizar avaliação dos medicamentos em uso para possíveis alterações de prescrição.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ANEXO 1:

ANEXO IV- ESCALA DE MORSE

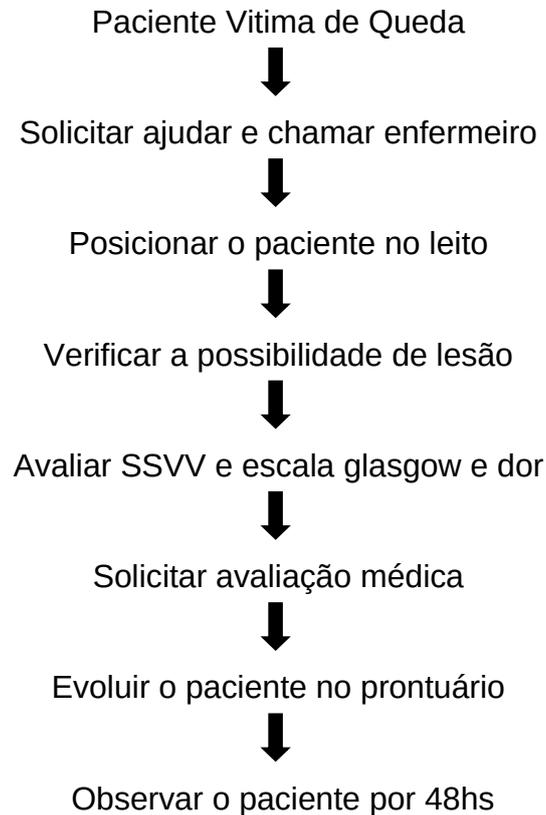
Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	Histórico de queda recente NÃO SIM	0 25
2	Diagnóstico secundário NÃO SIM	0 15
3	Auxílio para deambular Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da Saúde Muleta/Bengala/ Andador Mobiliário/parede	0 15 30
4	Terapia endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado NÃO SIM	0 20
5	Marcha Normal/Sem deambulação, acamado, Cadeira de Rodas Fraca Comprometida, cambaleante	0 10 20
6	Estado Mental Orientado, capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/esquece limitações	0 15
	TOTAL	

Escore	Risco
< 41	Risco médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ANEXO 2 – FLUXOGRAMA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA





PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Apresentação

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.

A 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. 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. O cisalhamento é a deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças Cortantes.

O sistema de estadiamento de lesões por pressão é o padrão ouro para classificação de lesões por pressão, é o processo pelo qual a extensão da lesão é avaliada. A ferida é numericamente classificada como fase 1 ou 2 ou 3 ou 4, com base no tipo de tecido mais profundo exposto. A classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual. São eles:

- Estágio I: comprometimento da epiderme; Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

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

- Estágio II: comprometimento até a 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).
- Estágio III: comprometimento até o subcutâneo; Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (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.
- Estágio IV: comprometimento do músculo e tecido adjacente; 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. Epíbole (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.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O estadiamento pode ser clínico e patológico. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso. O estadiamento patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológico da peça operatória.

Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos dentro da UPA João Pereira e Centro de Saúde Rodrigo Gomes.

Execução Institucional

A maioria dos casos de LPP 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 seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

ETAPA 1: Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

1. A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;
2. A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden pediátrica.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

ETAPA 2: Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP 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 LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

ETAPA 3: Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés.

Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

ETAPA 4: Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

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 também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

ETAPA 5: Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

ETAPA 6: Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal. 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 são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso.

Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão. Os profissionais de saúde devem aplicar a escala de Braden (Anexo 1), que é um instrumento criado para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes acamados ou com mobilidade reduzida.

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

I. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.

II. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.

III. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

IV. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

V. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

VI. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado.

VII. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

VIII. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

IX. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão.

Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

I. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

II. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.

III. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

IV. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

I. Uso de colchões na prevenção de LPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
 - Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesões por pressão.
- II. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos.
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).
 - Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
 - Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes. Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.
- III. Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada
- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de BRADEN).

- Cronograma de mudança de decúbito; □ Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

5.7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de BRADEN).

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

5.7.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de BRADEN).

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



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Anexo 1

ESCALA DE BRADEN

Avalia o risco de lesão por pressão

Percepção sensorial	Exposição a umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Risco lesão cutânea	PONTOS
Completament e limitada	Constantemente úmida	Acamado	Completamente imóvel	Muito Pobre	Risco Alto	1
Muito limitada	Úmida com frequência	Na cadeira	Muito limitada	Provavelmente adequada	Potencial risco	2
Ligeiramente limitada	Ocasionalmente úmida	Anda Ocasionalmente	Ligeiramente imóvel	Adequada	Aparente sem risco	3
sem limitações	Raramente úmida	Anda frequência	Sem Limitações	Exelente	Sem risco	4

Classificação

- Risco Alto < 12
- Risco médio 13-15
- Risco baixo 16-18
- Sem Risco > 19

Referência da imagem: <https://saudemelhoresaber.blogspot.com/2019/03/escala-de-braden.html> acessado em 08 de agosto de 2024



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Referências Bibliográficas Consultadas

AGUIAR L.L.A.; GUEDES M.V.C.; OLIVEIRA R.M; LEITÃO I.M.T.A; PENNAFORT V.P.S.; BARROS A.A. Enfermagem e Metas Internacionais de Segurança: avaliação em hemodiálise. Cogitare Enfermagem, 2017; v.22, n.3 [acesso em 19 dez 2017]. Disponível: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875388/45609-212390-1-pb.pdf>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC n°. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANISA, 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ARAÚJO, M.A.N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. Enferm. Foco, v.8, n.1, p.52-56, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Lavar as mãos:



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

informações para profissionais de saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. Escola Anna Nery. Rev. Enfermagem, v.19, n.3, jul-set, 2015.

CLEOPAS, A; KOLLY,V; BOVIER, P.A.; GARNERIN,P.; T.V. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. Qual Saf Health Care, 2004. 13(5) Pgs. 344-8.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

FERREIRA, A.B.H. Dicionário Aurélio. Editora Positivo, 2010. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/comunicacao>>. Acesso em: 08 de Ago, 2024.

IMAGEM: UNIMED RIO PRETO. A importância da higiene das mãos. 2020. Disponível em: [<https://www.unimed.coop.br/site/web/saoroque/higienizacao-das-maos>]

JCI. Joint Commission Resources. Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NOGUEIRA J. W. S.; RODRIGUES M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enfermagem, 2015; v.20, n.3. [acesso em 19 dez 2017]. Disponível: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>.

SCHULMEISTER, L. Patient misidentification in oncology care. Clin J Oncol Nurs. 2008 Jun; 12(3):495-8.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H
CENTRO DE SAÚDE RODRIGO GOMES



PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

SMITH, AF., CASEY K, WILSON J; FISCHBACHER-SMITH D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. Int J Qual Health Care. 2011 Oct;23(5):590-9.

SOUSA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. 208 p.: il. tab.; graf. ISBN: 978-85-8432-015-8

SOUTH AUSTRALIA. DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING. Policy Guideline - Patient Identification Guideline, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE JOINT COMMISSION, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007.

WALES. NATIONAL HEALTH SERVICE. 1000 Lives Plus. Tools for improvement: Reducing patient identification errors. 2012, 32p. www.1000livesplus.wales.nhs.uk