

10 PASSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – COREN-SP
REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP – POLO SÃO PAULO
SÃO PAULO – 2010

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente



REBRAENSP



COREN **SP**
Conselho Regional de Enfermagem
www.coren-sp.gov.br

Ariane Ferreira Machado Avelar

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira Técnico-Administrativa em Educação da Universidade Federal de São Paulo. Membro da Câmara Técnica do COREN-SP. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Carmen Ligia Sanches Salles

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Consultora em Controle de Infecção e Gerenciamento de Resíduos. Membro da Câmara Técnica do COREN-SP. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Elena Bohomol

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Centro Universitário São Camilo. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Liliane Mauer Feldman

Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Maria Angélica Sorgini Peterlini

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Maria de Jesus Castro Sousa Harada

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta aposentada da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora da Câmara Técnica do COREN-SP. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Maria D'innocenzo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora do CNPq. Assessora do COREN-SP. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

Rosemeire Keiko Hangai.

Enfermeira. Gerente de Risco e Membro da CCIH do Hospital Cotoxó. Membro da REBRAENSP - Polo São Paulo.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, desde a sua criação em 2004, tem elaborado programas e diretrizes que visam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança da realidade no cenário mundial.

No mesmo propósito, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) tem como finalidade promover articulação e cooperação técnica entre instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais da área, além de fortalecer a assistência de enfermagem desenvolvendo diversos programas conforme as necessidades dos Estados e municípios no território nacional.

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP – ciente de que a equipe de enfermagem possui um papel fundamental nos processos que envolvem a atenção ao paciente, assumiu, para o ano de 2010, o compromisso de promover uma grande campanha pela segurança do paciente, esclarecendo a categoria de enfermagem e chamando-a à responsabilidade de lançar um novo olhar sobre suas práticas cotidianas e identificar falhas no processo possíveis de gerar erros.

Assim, a cartilha **10 Passos para a Segurança do Paciente** foi elaborada a partir de ampla discussão com membros do Polo São Paulo da REBRAENSP em parceria com a Câmara Técnica do COREN-SP, no sentido de contemplar os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados.

Profissionais com experiência acumulada na prática, no ensino ou na pesquisa, em muitos anos de dedicação à área da saúde, elaboraram os dez passos com base em evidências científicas atualizadas e procuraram apresentá-los de forma objetiva e prática, sendo estes: 1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas – conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de úlcera por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia.

Apesar dos passos descreverem processos básicos de cuidado de enfermagem para a promoção da segurança do paciente, entende-se que sua implementação nos diferentes locais de prestação de assistência possa a ser um processo complexo, frente à cultura organizacional vigente em grande parte do sistema de saúde nacional.

A cartilha foi elaborada com o intuito de informar, esclarecer e orientar sobre relevantes aspectos da segurança do paciente, demonstrando a igual importância de todos para sustentar a assistência de enfermagem em princípios e fundamentos que promovam a segurança do paciente.

Desta forma, espera-se que a cartilha 10 Passos para a Segurança do Paciente forneça elementos capazes de contribuir para a construção do conhecimento de enfermagem, desenvolvimento profissional e melhora da assistência prestada à população.

Boa leitura!

PASSO 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde, incluindo, por exemplo, unidades de pronto atendimento, coleta de exames laboratoriais, atendimento domiciliar e em ambulatórios.

Erros de identificação podem acarretar sérias consequências para a segurança do paciente. Falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação, erros durante a transfusão de hemocomponentes, em testes diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados, entrega de bebês às famílias erradas, entre outros.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes do início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicamentos e soluções. A identificação deve ser feita por meio de pulseira de identificação, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente e familiares, durante a confirmação da sua identidade.



Medidas sugeridas

1. Enfatize a responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação correta de pacientes antes da realização de exames, procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos / hemocomponentes e realização de cuidados.
2. Incentive o uso de pelo menos dois identificadores (ex.: nome e data de nascimento) para confirmar a identidade de um paciente na admissão, transferência para outro hospital e antes da prestação de cuidados. Em pediatria, é também indicada a utilização do nome da mãe da criança.
3. Padronize a identificação do paciente na instituição de saúde, como os dados a serem preenchidos, o membro de posicionamento da pulseira ou de colocação da etiqueta de identificação, uso de cores para identificação de riscos, placas do leito.
4. Desenvolva protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob efeito de ação medicamentosa.
5. Desenvolva formas para distinguir pacientes com o mesmo nome.
6. Encoraje o paciente e a família a participar de todas as fases do processo de identificação e esclareça sua importância.
7. Realize a identificação dos frascos de amostra de exames na presença do paciente, com identificações que permaneçam nos frascos durante todas as fases de análise (pré-analítica, analítica e pós-analítica).
8. Confirme a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente, antes de sua administração.
9. Verifique rotineiramente a integridade das informações nos locais e identificação do paciente (ex.: pulseiras, placas do leito).
10. Desenvolva estratégias de capacitação para identificar o paciente e a checagem da identificação, de forma contínua, para todos os profissionais de saúde.

Pontos de atenção

1. Nunca utilize idade, sexo, diagnóstico, número do leito ou do quarto para identificar o paciente.
2. Verifique continuamente a integridade da pele do membro no qual a pulseira está posicionada.
3. No caso de não aceitação de qualquer tipo de identificação aparente (ex.: pulseira ou etiqueta), por parte do paciente ou dos familiares, utilize outras formas para confirmar os dados antes da prestação dos cuidados, como uso de etiquetas com a identificação do paciente posicionadas no lado interno das roupas.

Referências

- Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Healthc Q.* 2009;12 Spec No Patient:85-9.
- World Health Organization. Patient safety solutions. 2007. [citado 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>.

PASSO 2

CUIDADO LIMPO E CUIDADO SEGURO

Higienização das mãos

Higienizar as mãos é remover a sujidade, suor, oleosidade, pelos e células descamativas da microbiota da pele, com a finalidade de prevenir e reduzir as infeções relacionadas a assistência à saúde.

Quando proceder à higienização das mãos:

1. Antes e após o contato com o paciente.
2. Antes e após a realização de procedimentos assépticos.
3. Após contato com material biológico.
4. Após contato com o mobiliário e equipamentos próximos ao paciente.



Medidas sugeridas

I. Higienização das mãos com água e sabão

1. Molhe as mãos com água.
2. Aplique sabão.
3. Esfregue as palmas das mãos.
4. Esfregue a palma da mão sobre o dorso da mão oposta com os dedos entrelaçados.
5. Esfregue as palmas das mãos com os dedos entrelaçados.
6. Esfregue o dorso dos dedos virados para a palma da mão oposta.
7. Envolve o polegar esquerdo com a palma e os dedos da mão direita, realize movimentos circulares e vice-versa.
8. Esfregue as polpas digitais e unhas contra a palma da mão oposta, com movimentos circulares.
9. Friccione os punhos com movimentos circulares.
10. Enxágue com água.
11. Seque as mãos com papel-toalha descartável e use o papel para fechar a torneira.

II. Higienização das mãos com fórmula à base de álcool

1. Posicione a mão em forma de concha e coloque o produto, em seguida espalhe-o por toda a superfície das mãos.
2. Esfregue as palmas das mãos.
3. Esfregue a palma da mão sobre o dorso da mão oposta com os dedos entrelaçados.
4. Esfregue as palmas das mãos com os dedos entrelaçados.
5. Esfregue o dorso dos dedos virados para a palma da mão oposta.

6. Envolver o polegar esquerdo com a palma e os dedos da mão direita, realize movimentos circulares e vice-versa.
7. Esfregue as polpas digitais e unhas contra a palma da mão oposta, com movimentos circulares.
8. Friccione os punhos com movimentos circulares.
9. Espere que o produto seque naturalmente. Não utilize papel-toalha.

Pontos de atenção

1. Lave as mãos com água e sabão quando visivelmente sujas, contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais.
2. Use preferencialmente produtos para higienização das mãos à base de álcool para antisepsia rotineira, se as mãos não estiverem visivelmente sujas.
3. Lave as mãos com água e sabão, com antisséptico ou as higienize com uma formulação alcoólica antes e após a realização de procedimentos.
4. Nunca use simultaneamente produtos à base de álcool com sabão antisséptico.
5. O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos.
6. Na ausência de pia com água e sabão, utilize solução à base de álcool.
7. Encoraje os pacientes e suas famílias a solicitar que os profissionais higienizem as mãos.
8. Estimule os familiares e visitantes a higienizar suas mãos, antes e após o contato com o paciente.

Referências

- World Health Organization. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft). Global Patient Safety Challenge. 2005-2006. World Health Organization. WHO Patient Safety. [citado 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Higienização das mãos em serviços de saúde. [citado 2010 Mar 21]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf.

PASSO 3

CATETERES E SONDAS

Conexões corretas

A administração de fármacos e soluções por cateteres, sondas e seringas é prática de enfermagem comum que pode ser desenvolvida em ambientes de atendimento à saúde.

A infusão de soluções em vias erradas, como soluções que deveriam ser administradas em sondas enterais serem realizadas em cateteres intravenosos, devido a possibilidade de conexão errada, é um evento frequente, porém pouco documentado, que pode causar graves consequências e até a morte do paciente. A capacitação, a orientação e o acompanhamento contínuo sobre os riscos à segurança do paciente frente às conexões erradas devem ser destinados a todos os profissionais de saúde.

Medidas sugeridas

1. Oriente os pacientes e familiares a não manusear os dispositivos, não devendo realizar conexões ou desconexões, e que sempre solicitem a presença do profissional de enfermagem.
2. Identifique cateteres arteriais, venosos, peridurais e intratecais com cores diferentes para garantir o manuseio seguro.
3. Evite a utilização de injetores laterais nos sistemas arteriais, venosos, peridurais e intratecais.
4. Realize a higienização das mãos antes de manipular os sistemas de infusão.
5. Realize a desinfecção das conexões de cateteres com solução antisséptica alcoólica e gaze, por três vezes com movimentos circulares, antes de desconectar os sistemas.
6. Verifique todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções.

7. Posicione os sistemas de infusão (equipos, buretas, extensões) em diferentes sentidos, como os de infusão intravenosa posicionados para a porção superior do leito, no sentido da cabeça do paciente, e sistemas de infusão de dietas enterais em direção à porção inferior, no sentido dos pés.

8. Realize a passagem de plantão entre turnos e entre unidades de internação com dupla checagem das conexões dos dispositivos.

9. Padronize o uso de seringas específicas e sistemas de infusão com conexão *Luer Lock* para administração de medicamentos por via oral ou por sondas enterais.

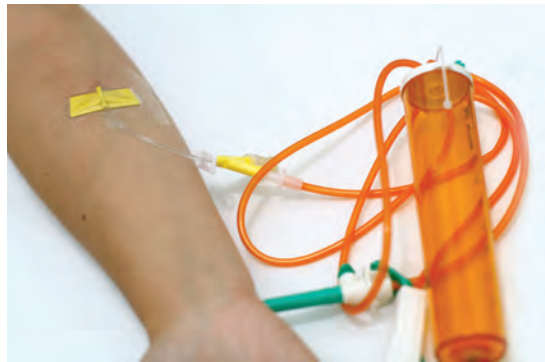
10. Utilize somente equipos de cor azul para infusão de dietas enterais.

11. Identifique a bomba de infusão na qual a dieta está sendo administrada.

12. Lembre-se de que toda a instituição deve fornecer capacitação para uso de novos dispositivos.

13. Priorize a escolha de cateteres, sondas e seringas desenvolvidos com dispositivos que previnam conexões incorretas e contribuam para a segurança do paciente.

14. Incentive o paciente e seus familiares a participar da confirmação dos medicamentos e soluções que serão administrados, a fim de assegurar a infusão correta durante os cuidados domiciliares e nas instituições de saúde.



Referências

- Patel A. Preventing tubing and catheter misconnections. J Clin Eng 2008; 33(2): 82-4.
- World Health Organization. Patient safety solutions. 2007. [citado 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution7.pdf>.

PASSO 4

CIRURGIA SEGURA

Este passo apresenta medidas para tornar o procedimento cirúrgico mais seguro e ajudar a equipe de saúde a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos ao paciente, promovendo a realização do procedimento certo, no local e paciente corretos.

A utilização de uma ou de várias listas de verificação (*check-list*) traz inúmeras vantagens. Os serviços devem elaborar suas listas específicas, dependendo da complexidade dos procedimentos que são realizados.

Medidas sugeridas

1. Estimule a comunicação eficaz e adequada entre os membros da equipe, eliminando quaisquer dúvidas a respeito de quais procedimentos serão realizados e os materiais que deverão ser utilizados.
2. Identifique corretamente o paciente e o oriente para participar da marcação do local da intervenção cirúrgica.
3. Verifique se o prontuário pertence ao paciente, se os procedimentos cirúrgicos e anestésicos foram planejados e se estão anotados no prontuário, e se os exames laboratoriais e de imagem são de fato do paciente.
4. Confirme se os materiais imprescindíveis para realizar o procedimento encontram-se na sala e se o carrinho de emergência está completo.
5. Desenvolva listas de verificação específicas e as utilize nas diferentes etapas do processo. Por exemplo: lista de montagem de sala cirúrgica, lista de conferência dos documentos em prontuário, lista de verificação do carrinho de anestesia.
6. Estimule a cultura de segurança do paciente, implantando a lista de verificação recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define três fases distintas: checar imediatamente antes (*sign in* - realizado antes da indução anestésica); checar antes (*time out* - realizado antes da incisão na pele) e checar depois (*sign out* - realizado antes de o paciente sair da sala de cirurgia):

a. Checar imediatamente antes (Sign in - antes da indução anestésica):

- Confirmação do paciente: identificação do paciente, do local da cirurgia, do procedimento a ser realizado e preenchimento do consentimento informado.
- Marcação do local da intervenção cirúrgica pelo profissional que irá realizar o procedimento e/ou pelo paciente.
- Realização dos procedimentos de segurança para anestesia, pelo anestesista, como a conferência do equipamento de anestesia.
- Monitoramento de oximetria.
- Verificação de alergias.
- Verificação das dificuldades de ventilação ou risco de aspiração.
- Avaliação de possíveis perdas sanguíneas ou risco de aspiração.

b. Checar antes (Time out - antes da incisão na pele):

- Confirmação de todos os membros que compõem a equipe, apresentando-se pelo nome e função.
- Confirmação do paciente, local da cirurgia e tipo de procedimento.
- Verificação pelo cirurgião dos pontos críticos da cirurgia, duração do procedimento e perdas sanguíneas.
- Verificação pelo anestesista dos pontos críticos da anestesia.
- Verificação pela enfermagem dos pontos críticos da assistência, como indicadores de esterilização e equipamentos necessários para a cirurgia.
- Realização de antibioticoterapia profilática.
- Verificação da necessidade de equipamentos radiográficos.

c. Checar depois (Sign out - antes do paciente sair da sala de cirurgia):

- Confirmação do procedimento realizado.
- Conferência dos instrumentais, compressas e agulhas.
- Conferência, identificação e armazenamento correto de material para biópsia.
- Anotação e encaminhamento de problemas com algum equipamento.
- Cuidados necessários na recuperação anestésica.

7. Solicite uma pausa nas atividades dos profissionais para a realização de cada etapa da lista de verificação, que deverá ser feita em voz alta.

8. Registre no prontuário que o procedimento de verificação foi realizado, bem como os nomes dos profissionais que participaram.

Pontos de atenção

1. A marcação cirúrgica deve ser clara e sem ambiguidade, devendo ser visível mesmo após o paciente preparado e coberto.
2. O local é marcado em todos os casos que envolvam lateralidade (direito/esquerdo), múltiplas estruturas (dedos das mãos/pés, lesões) ou múltiplos níveis (coluna vertebral).
3. Se houver recusa do paciente em demarcar determinada região, ou o paciente não estiver orientado, a instituição deverá adotar mecanismos que assegurem o local correto, a intervenção correta e o paciente correto.

Referências

- World Alliance for patient safety. Implementation manual WHO surgical safety checklist. Safe surgery saves lives. 1st ed, 2008.
- Manual internacional de padrões de certificação hospitalar [editado PR] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Saúde – CBA. Rio de Janeiro, 3ª Ed. 2008.



PASSO 5

SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Administração Segura

A administração intravenosa de sangue total ou hemocomponentes pode ser definida como a transferência de sangue e hemocomponentes de um indivíduo (doador) para outro (receptor). Está indicada para pacientes que sofreram perda sanguínea significativa ou alterações hematológicas decorrentes de doenças ou procedimentos (ex.: choque, traumatismo, hemorragia, doenças sanguíneas, intervenções cirúrgicas, entre outros).

A infusão só poderá ocorrer após a confirmação da identidade do paciente e sua compatibilidade com o produto (glóbulos vermelhos, plaquetas, fatores da coagulação, plasma fresco congelado, glóbulos brancos).

A administração deve limitar-se, sempre que possível, ao componente sanguíneo que o indivíduo necessita, pois a administração do produto específico é mais segura e evita reações em decorrência da infusão de componentes desnecessários. Erros na administração de sangue total e hemocomponentes comprometem a segurança do paciente.

Medidas sugeridas

1. Confirme a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do hemocomponente, antes da sua administração. Esta verificação deverá ocorrer DUAS vezes antes de iniciar a infusão.
2. Administre sangue total ou hemocomponentes provenientes de bancos de sangue qualificados, que realizam testes de identificação de doenças transmitidas pelo sangue (HIV, hepatite, sífilis) e mantêm controle de qualidade dos seus produtos quanto a coleta, análise, preparo, armazenamento e transporte.
3. Mantenha o sangue e alguns componentes por no máximo 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão, ou de acordo com o protocolo institucional.
4. Aqueça os componentes apenas em equipamentos apropriados e em temperatura controlada. Nunca utilize aquecimento em banho-maria ou microondas.

5. Avalie os sinais vitais do paciente imediatamente antes do procedimento.
6. Avalie a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações, como infiltração ou flebite, antes da instalação do produto.
7. Realize a infusão em via exclusiva.
8. Permaneça junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar possíveis sinais de reações adversas (aumento da temperatura corpórea, exantema ou rash cutâneo, prurido, edema, vertigem, cefaleia, tremores, calafrios e dor). Após este período avalie o paciente a cada 30 ou 45 minutos.
9. Interrompa imediatamente a administração na vigência de um ou mais sinais de reação adversa e mantenha a permeabilidade do cateter intravenoso com solução salina. Proteja a extremidade do equipo para evitar contaminação e encaminhe a bolsa contendo o sangue total ou hemocomponente ao banco de sangue para análise. Verifique a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura do paciente.
10. Comunique imediatamente o ocorrido ao médico responsável pelo atendimento do paciente.
11. Mantenha a infusão por no máximo quatro horas, devido ao risco de contaminação e ou alterações do produto, seguindo o protocolo da instituição.
12. Realize a infusão de solução salina, após a administração do produto, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter.
13. Despreze a bolsa de sangue após a infusão em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura, conforme RDC - Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Pontos de atenção

1. Quanto à utilização de bomba de infusão, certifique-se do respaldo técnico e científico do fabricante para esta indicação, atentando à ocorrência de hemólise.
2. Certifique-se de que o paciente declarou consentimento para a infusão de sangue e hemocomponentes.



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [citado 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Hemocomponentes.pdf>
- World Health Organization. Blood transfusion safety. Universal access to safe blood and blood products for transfusion. [citado 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://www.who.int/bloodsafety/en/>
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n° 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 10 de dezembro de 2004.

O paciente pode e deve contribuir para a qualidade dos cuidados à sua saúde, fornecendo informações importantes a respeito de si mesmo e interagindo com os profissionais da saúde. Ele deve ser estimulado a participar da assistência prestada e encorajado a fazer questionamentos, uma vez que é ele quem tem o conhecimento de seu histórico de saúde, da progressão de sua doença e dos sintomas e experiências com os tratamentos aos quais já foi submetido. Além disso, desenvolver um ambiente que proporcione cuidados centrados no paciente, tornando-o, bem como seus familiares, agentes ativos na busca de sua segurança, promove interesse, motivação e satisfação com o cuidado prestado, aspectos que possibilitam ter um bom resultado nas condições de saúde.

Medidas sugeridas

1. Estimule o paciente ou algum responsável (família, responsável legal, advogado) a participar das decisões do cuidado.
2. Identifique características específicas quanto à maturidade, condições clínicas e legais que possibilitam assumir suas responsabilidades, como pacientes pediátricos, psiquiátricos, anestesiados, em tratamento intensivo ou emergencial.
3. Analise as fragilidades do paciente e a fase do tratamento ou doença, como a fadiga, estresse, dor e desconforto, associadas à ansiedade e ao medo, uma vez que estes aspectos podem influenciar as respostas do paciente.
4. Propicie o fortalecimento do vínculo do paciente e família com a equipe, pois estes fornecem informações sobre os sintomas, a história e o tratamento.
5. Compartilhe decisões sobre o tratamento e procedimento, por meio de informações referentes aos potenciais benefícios, riscos e prejuízos sobre cada opção que for apresentada.
6. Avalie as dificuldades de comunicação, barreiras de linguagem, falta de entendimento das orientações, fatores sociais e de personalidade que prejudicam a tomada de decisão adequada. Deve-se proceder à resolução desses aspectos por meio de processos institucionais e envolvimento da família.

7. Utilize meios adequados e linguagem compreensível para disponibilizar as informações aos diferentes grupos de pessoas.
8. Utilize recursos que se adaptem aos pacientes que tenham barreiras visuais, auditivas e de fala.
9. Respeite o tempo de cada paciente para compreender as informações fornecidas.
10. Crie estratégias para verificar se o paciente compreendeu as informações, repetindo-as, caso os objetivos não tenham sido alcançados.
11. Permita que o paciente consulte as informações registradas no prontuário a respeito dos seus cuidados e tratamento, mantendo os documentos devidamente preenchidos, claros e sem rasuras.
12. Entenda que o paciente tem o direito de saber se os profissionais que irão cuidar dele são competentes para prestar uma assistência segura.
13. Leve em consideração perguntas, queixas e observações do paciente, pois ele é a última barreira para impedir que eventos adversos ocorram.
14. Eduque o paciente para a cidadania, estimulando-o a conhecer seus direitos e responsabilidades.
15. Disponibilize tempo para responder aos questionamentos do paciente e família, ouvir suas observações e promover a educação para a saúde.

Referências:

- PROQUALIS. Informações sobre segurança do paciente para desenvolvimento do Portal PROQUALIS. Centro colaborador para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. ICICT/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ, 2007.
- Lyons M. Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. Qual Saf Health Care. 2007; 16:140-2.



A comunicação é um processo recíproco, uma força dinâmica capaz de interferir nas relações, facilitar e promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas e influenciar comportamentos.

Existem diversas formas de comunicação, como verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras, sendo fundamental que ocorra de forma adequada permitindo o entendimento entre as pessoas. O paciente recebe cuidados de diversos profissionais e em diferentes locais, o que torna imprescindível a comunicação eficaz entre os envolvidos no processo.

Medidas sugeridas

I – Passagem de plantão

1. Transmita informações sobre o paciente em ambiente tranquilo, livre de interrupções e com tempo disponível para esclarecer as dúvidas do outro profissional.
2. Comunique as condições do paciente, os medicamentos que utiliza, os resultados de exames, a previsão do tratamento, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas em sua evolução.
3. Informe sobre os procedimentos realizados e, no caso de crianças, qual familiar acompanhou sua realização.
4. Registre as informações em instrumento padronizado na instituição para que a comunicação seja efetiva e segura.

II – Registro em prontuário

1. Verifique se os formulários onde estão sendo realizados os registros são do paciente.
2. Coloque data e horário antes de iniciar o registro da informação.
3. Registre as informações em local adequado, com letra legível e sem rasuras.



4. Faça uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas, observando as que não devem ser utilizadas.
5. Realize o registro de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais.
6. Siga o roteiro de registro da informação estabelecido pela instituição.
7. Coloque a identificação do profissional ao final de cada registro realizado.

Pontos de atenção

1. Recomenda-se a padronização dos instrumentos para o registro das informações e dos métodos de comunicação entre os profissionais.
2. A gravidade do paciente e a complexidade dos cuidados favorecem a ocorrência de erros de omissão ou de distorção da comunicação entre os profissionais, comprometendo, assim, a segurança do paciente.
3. O paciente tem o direito de conhecer os registros realizados em seu prontuário clínico.

4. As informações referentes às condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos profissionais envolvidos e aos que são autorizados pelo paciente ou legalmente estabelecidos.
5. As instituições definem a forma de identificação dos profissionais, que normalmente incluem o nome completo, assinatura, categoria, registro profissional e carimbo.
6. As prescrições verbais ou telefônicas só poderão ocorrer em situações de emergência, cujo procedimento deve estar claramente definido pela instituição. Medidas de segurança devem ser implementadas, como repetir em voz alta, de modo completo, a informação dada pelo emissor, com documentação em formulário, prazo para a validação da prescrição e conferência com outro profissional.

Referências

- Avelar AFM. Soluções para segurança do paciente. In: Pedreira MLG, Harada MJCS, organizadores. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis Editora; 2009. p.197-214.
- Silva AEBC, Cassiani SHB; Miasso AI, Optiz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação* Acta Paul Enf 2007; 20(3): 272-6.
- Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias Acta Paul Enferm 2005;18(4):446-51.

PASSO 8

PREVENÇÃO DE QUEDA

A queda pode ser definida como a situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação à sua posição inicial. A avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para ocorrência de queda orienta os profissionais a desenvolver estratégias para sua prevenção.

Fatores de risco para ocorrência de queda:

1. Idade menor que 5 anos ou maior que 65 anos.
2. Agitação/confusão.
3. Déficit sensitivo.
4. Distúrbios neurológicos.
5. Uso de sedativos.
6. Visão reduzida (glaucoma, catarata).
7. Dificuldades de marcha.
8. Hiperatividade.
9. Mobiliário (berço, cama, escadas, tapetes).
10. Riscos ambientais (iluminação inadequada, pisos escorregadios, superfícies irregulares).
11. Calçado e vestuário não apropriado.
12. Bengalas ou andadores não apropriados.



Medidas sugeridas

1. Identifique os pacientes de risco com a utilização de pulseiras de alerta.
2. Oriente os profissionais e familiares a manter as grades da cama elevadas.
3. Oriente o paciente e acompanhante a solicitar ao profissional auxílio para a saída do leito ou poltrona.
4. Oriente o acompanhante a não dormir com criança no colo.

5. Oriente o acompanhante a avisar a equipe toda vez que for se ausentar do quarto.
6. Disponibilize equipamentos de auxílio à marcha, quando necessário.
7. Crie ambiente físico que minimize o risco de ocorrência de quedas, como barras de segurança nos banheiros, corrimões nas escadas, utilização de fitas antiderrapantes, placas de informação.
8. Adeque os horários dos medicamentos que possam causar sonolência.
9. Oriente a utilização de calçados com sola antiderrapante e adequados ao formato dos pés.
10. Realize periodicamente manutenção das camas, berços e grades.
11. Monitore e documente as intervenções preventivas realizadas.

Pontos de atenção

1. O uso de contenção mecânica, em caso de agitação ou confusão do paciente, deve ser criteriosamente analisado, uma vez que requer a autorização de familiares, definição de protocolos institucionais e utilização de equipamentos apropriados.
2. Oriente o profissional de saúde a comunicar e registrar casos de queda, implementando medidas necessárias para diminuir danos relacionados à sua ocorrência.

Referência

- Sehested P, Severin-Nielsen T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. *Geriatrics* 1977; 32:101-8.
- Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI - *Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 1, n. 1, p. 159-162, 1. sem. 2002

Úlcera por pressão é uma lesão na pele e ou nos tecidos ou estruturas subjacentes, geralmente localizada sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento. A avaliação periódica dos riscos que cada paciente apresenta para a ocorrência de úlceras por pressão orienta os profissionais a desenvolver estratégias para sua prevenção.

Fatores de risco para úlcera por pressão:

1. Grau de mobilidade alterado.
2. Incontinência urinária e/ou fecal.
3. Alterações da sensibilidade cutânea.
4. Alterações do estado de consciência.
5. Presença de doença vascular.
6. Estado nutricional alterado.

Medidas sugeridas

1. Avalie o risco do paciente para desenvolvimento de úlceras por pressão na admissão em qualquer serviço de saúde, realize reavaliações periódicas e utilize escalas específicas.
2. Proteja a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento.
3. Mantenha os lençóis secos, sem vincos e sem restos alimentares
4. Utilize dispositivos de elevação (elevador, trapézio), rolamentos ou lençóis ao realizar a transferência do paciente da cama para a maca, da cama para a poltrona, entre outras.
5. Hidrate a pele do paciente com cremes à base de ácidos graxos essenciais.
6. Realize mudança de decúbito conforme protocolos institucionais.
7. Incentive a mobilização precoce passiva e/ou ativa, respeitando as condições clínicas do paciente.

8. Utilize superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade, como o uso de almofadas, travesseiros ou coxins apropriados.
9. Providencie colchão de poliuretano (colchão caixa de ovo) para o paciente acamado.

Pontos de atenção

1. Não é recomendada a utilização de luvas com água em substituição aos dispositivos de prevenção.
2. Havendo o aparecimento de úlceras por pressão, deve-se tratá-las conforme protocolos institucionais, monitorando e documentando sua evolução.
3. Utilize escalas para avaliação de úlceras por pressão, como a Escala de Braden e a Escala de Norton.

Referências

- Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros.
- Esc Enferm USP 2009; 43(1):223-8. - Rocha JÁ, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão – Intervenções baseadas na evidência. Serviço de Fisiatria. Hospital Geral de Santo Antonio, S.A. Porto Acta Med Port 2006; 19:29-38.



A segurança na utilização da tecnologia compreende o benefício e o impacto no uso de um ou mais recursos, em prol do restabelecimento da saúde do paciente. Visa identificar soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas de maior risco na assistência à saúde, para que a tecnologia seja utilizada de maneira apropriada.

A seguir estão descritas algumas medidas para promoção de segurança na utilização de alguns equipamentos utilizados na área da saúde.

Medidas sugeridas

1. Consulte o manual do fabricante de qualquer equipamento.
2. Avalie se o equipamento apresenta condições adequadas para o uso.
3. Simule o funcionamento normal do aparelho, desconecte o plugue da tomada e verifique se o alarme de bateria começa a soar.
4. Efetue a limpeza programada do equipamento e/ou sempre que necessário.
5. Verifique o adequado funcionamento do equipamento.
6. Verifique em que condições encontra-se o equipamento, se foi realizada a manutenção e a programação para manutenção preventiva e calibração do equipamento.
7. Peça orientações ao serviço de engenharia ou manutenção da instituição sobre o uso adequado de equipamentos quando houver qualquer dúvida.
8. Leia o manual simplificado do equipamento desenvolvido pela instituição, que deve estar visível e legível no aparelho. Siga a sequência correta para o manuseio.
9. Informe as condições de uso, disparo do alarme e anormalidades ao paciente e/ou familiar.
10. Explique ao paciente como acionar o profissional em caso de urgências.



11. Posicione o equipamento em local seguro para prevenir quedas e acidentes.
12. Faça as anotações na ficha de atendimento ou no prontuário do paciente descrevendo a orientação fornecida, as condições do equipamento e o uso no paciente.
13. Monitore o paciente com frequência, analisando as condições do equipamento em uso.
14. Analise se o equipamento tem condições técnicas para o atendimento das necessidades clínicas do paciente, participando do processo de adequação da tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem.

Pontos de atenção

1. Conheça as diferentes alternativas tecnológicas, auxiliando na escolha do equipamento mais adequado.
2. Verifique e aplique as legislações pertinentes.
3. Conheça e siga os protocolos específicos no uso e manuseio de cada equipamento.

4. Conheça as condições de substituição, empréstimo, obsolescência e ou alocação do recurso tecnológico.
5. Certifique-se de que possui habilidade e conhecimento técnico para o manuseio do equipamento com segurança.
6. Em caso de falta do recurso tecnológico necessário, o enfermeiro deve verificar se há alternativas.
7. Se o paciente referir alergia a algum produto / conexão / tubo do equipamento, registre na ficha de atendimento ou no prontuário e realize a substituição.
8. Na recusa do paciente em utilizar o equipamento, explique os benefícios e indicações para o tratamento de saúde e identifique os motivos para a rejeição. Se necessário o enfermeiro deve avaliar as condições do paciente, sua opinião e a possibilidade de substituição do equipamento.

Referências

- Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. Rio de Janeiro: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde- ENSP/Fiocruz, 2003. pg 501-20.
- Banta HD. Health Care Technology as a Policy Issue. Health Policy 1994; 30: 1-20.
- Institute of Medicine. Donaldson MS, Sox JR, HC (eds). Setting Priorities for Health Technology Assessment: A Model Process. Washington DC, National Academy Press; 1992.

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente



REBRAENSP



COREN **SP**
Conselho Regional de Enfermagem
www.coren-sp.gov.br