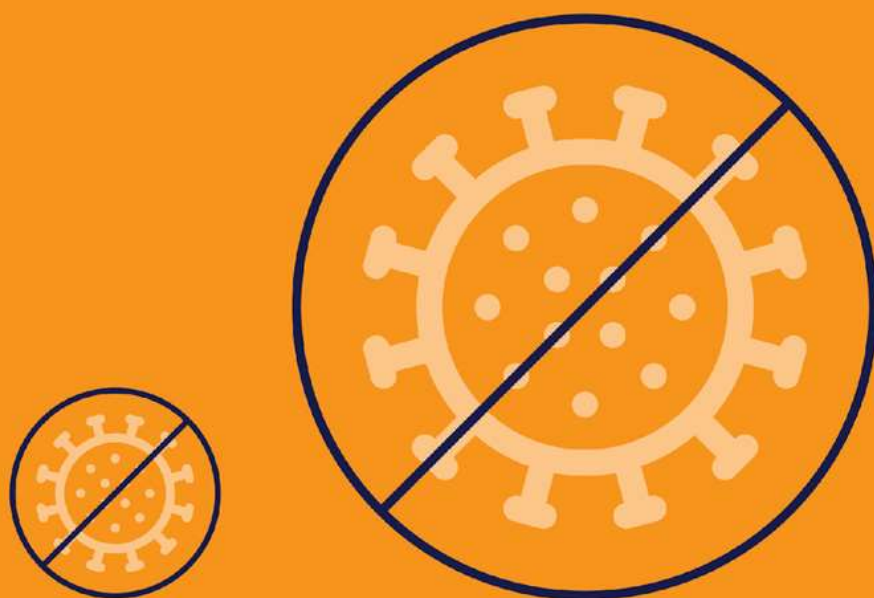


SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE



SEGURANÇA DO PACIENTE

RECOMENDAÇÕES AOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19



Governador do Estado
Paulo Henrique Saraiva Câmara

Vice - governadora
Luciana Barbosa de Oliveira Santos

Secretário Estadual de Saúde
André Longo Araújo de Melo

Secretária Executiva de Atenção à Saúde
Cristina Valença Azevedo Mota

Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde
Giselle Fonseca de Carvalho

ELABORAÇÃO

Equipe de Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente:

Carla de Albuquerque Araújo
Erika Patrícia Lopes da Silva

REVISÃO

Secretária Executiva de Atenção à Saúde
Cristina Valença Azevedo Mota

Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde
Giselle Fonseca de Carvalho

Assessora Técnica de Planejamento da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde
Petronila Queiroz

“Agradecemos o compromisso de todos os profissionais que se dedicam à causa da segurança do paciente e parabenizamos àqueles que atuam na linha de frente com muita força e determinação”

APRESENTAÇÃO

Este material que aborda a Segurança do Paciente em tempos de Covid-19 é uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Diretoria Geral de Atenção Integral à Saúde (DGAIS) e da Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente. Diante do cenário de pandemia causada pelo Novo Coronavírus, emergiu a necessidade de elencar algumas das principais recomendações aos Núcleos de Segurança do Paciente na tentativa de somar todos os esforços em apoio ao enfrentamento da pandemia.

Está fundamentado em fontes oficiais do Governo Federal e Estadual, Notas Técnicas, Resoluções e Portarias, bem como informações de sites de instituições científicas e especialistas em Qualidade e Segurança do Paciente, Medicina Intensiva, entre outras contribuições sobre o tema, sem a pretensão de aprofundamento teórico, mas de direcionamento de ações prioritárias para esse período crítico. Portanto, o conteúdo mais detalhado pode ser acessado por meio de links que direcionam a vídeos, folders, sites e outros materiais importantes que oferecem oportunidade de maior conhecimento e aprendizado.

A segurança do paciente também é a nossa segurança.

Fiquem seguros!

ÍNDICE

1. O PAPEL DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP).....	05
1.1 APOIO NA CONDUÇÃO DO PLANO DE ENFRENTAMENTO	06
1.1.1 COMITÊ EMERGENCIAL DE CRISE	06
A. Planejamento de espaços e fluxos.....	07
B. Readequação de fluxos	12
C. Recomendações aos funcionários.....	13
D. Comunicação e visitas	14
E. Apoio psicológico	15
F. Ouvidoria	15
G. Manejo de corpos	16
1.1.2 ESTRATÉGIAS PARA ORIENTAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS	18
Meta 1	19
Meta 2	22
Meta 3	29
Meta 4	36
Meta 5	40
Meta 6 (Lesão Por Pressão)	46
Meta 6 (Queda)	53
1.1.3 Maior Integração entre Setores	62
1.1.4 Gestão do Risco Clínico	63
A. Notificação de incidentes.....	63
B. Ferramentas de análise de Eventos Adversos.....	65
C. Monitoramento.....	74
2. EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	75
2.1 Higienização das Mãos e Política de Adornos	76
2.2 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	77
2.3 Indicação para o Uso de EPI	77
2.4 Paramentação e Desparamentação de EPI.....	82
3. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMÍLIA	88
4. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS EM SAÚDE	89
5. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	90
6. PROCESSAMENTO E RECOLHIMENTO DE ENXOVAL HOSPITALAR	92
7. DESCARTE DE RESÍDUOS (COVID-19).....	93
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
9. LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	96
10. REFERÊNCIAS.....	97

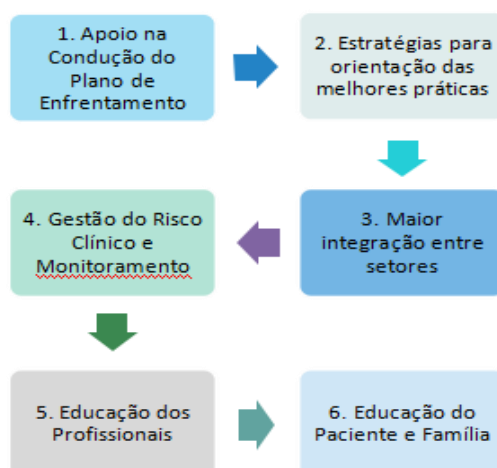
1. O papel do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Segundo a ANVISA (RDC nº 36/2013) o NSP é a instância do serviço de saúde que tem a missão de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, dentre estas ações, a implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) e as Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Portanto, é de suma importância que os componentes sejam de fato atuantes e bem informados sobre os princípios de segurança do paciente, qualidade e gestão do risco e, ainda, ter a iniciativa de compartilhar o conhecimento em ações agregadoras conjuntas entre os diferentes serviços e instâncias da unidade de saúde.

No entanto, diante do atual contexto de pandemia algumas ações devem ser priorizadas com foco na organização do serviço para acolher a crescente demanda de pacientes acometidos pelo Novo Coronavírus, o que aumenta ainda mais a preocupação em manter um bom padrão de qualidade e segurança no cuidado prestado.

Ressaltamos o papel fundamental na atuação do NSP como propulsor das ações de segurança do paciente com as demais áreas essenciais do serviço para a melhoria e segurança dos processos mais críticos, especialmente no período de pandemia. A figura 1 a seguir sugere algumas das principais atividades a serem realizadas pelo NSP.

Figura 1. Atividades propostas para enfrentamento da pandemia



1.1 Apoio na Condução do Plano de Enfrentamento

Tendo em vista o estado de calamidade pública o qual enfrentamos, todos os serviços de saúde da Rede Estadual precisaram se preparar para acolher a alta demanda de pacientes acometidos pelo Novo Coronavírus, adaptando sua estrutura e recursos para a situação. Sendo assim, um plano de contingência descreve como se dará a organização para o enfrentamento da pandemia, ao passo que vai se desenhando os fluxos de atendimento no serviço, alguns pontos precisam ser discutidos e colocados em prática de forma ágil e segura, a fim de não comprometer a segurança de todos e manter os princípios da qualidade na saúde.

1.1.1 Comitê Emergencial de Crise

Um comitê de crise pode ser implementado com o objetivo de mapear os processos críticos que demandam mais atenção, a saber:

- Quem são os profissionais – chave na condução dos processos?
- As áreas críticas estão mapeadas?
- Há profissionais capacitados para atuar na linha de frente?
- Há protocolos definidos para as particularidades que a situação exige?
- Há fluxos definidos de transferência interna/ externa de pacientes?
- Quais estratégias a serem implementadas nesse momento?
- Como o NSP pode manter as atividades rotineiras durante a pandemia?
- Como se dará o monitoramento das ações implementadas?

Assim, a instituição do comitê de crise é importantíssimo em todas as etapas de planejamento como organização de fluxos, adequação geográfica de áreas, adequação de funcionários e insumos, centralização de estoques para facilitar remanejamento e controle, preparação das novas áreas com equipamentos e materiais necessários, construção de protocolos para a melhor condução da unidade diante da pandemia. Recomenda-se que seja liderado pela alta gestão com participação e acompanhamento das lideranças, tanto assistenciais como de apoio, suprimento, engenharia clínica (se houver), manutenção, entre outros. Realizar debriefing como estratégia de comunicação de forma clara e com participação ativa da equipe.

A. Planejamento de espaços e fluxos

A organização do serviço para o atendimento de pacientes com Covid-19, inicialmente parte do princípio de que é necessário conhecer o perfil do paciente, a complexidade dos leitos e da infraestrutura existente para se adequar às necessidades que o momento exige, como por exemplo, redistribuição da assistência e otimização de fluxos a fim de minimizar contaminação de outros ambientes, pacientes e equipe e, ainda, gerador disponível e funcionante, régua de gases medicinais, extintor de incêndio, mobiliário hospitalar, entre outros. A partir daqui será abordado sobre as adaptações do serviço para o Covid-19.

• Setor de triagem e acolhimento externo

O mais indicado, se possível, é que o paciente seja classificado na área externa quanto a suspeita de Covid-19 (em container ou tenda, respeitando o distanciamento). Um protocolo deve ser implementado para padronizar a classificação e definir o fluxo do paciente suspeito, que deve seguir separado.

• Recepção

Desde a entrada o objetivo é diminuir a chance de disseminação por via aérea, aerossóis e fômites no ambiente com risco de contaminação para a equipe e pacientes. Portanto, é recomendável:

1. Disponibilizar lenços descartáveis para aplicação da etiqueta de tosse e espirros;
2. Disponibilizar álcool em gel;
3. Orientar o paciente sintomático para que se dirija ao balcão já em uso de máscara cirúrgica descartável, preferencialmente, caso o paciente não tenha, que a peça na recepção;
4. Contra- indicar a presença de acompanhantes, salvo menor de idade, deficiente físico ou impossibilitados de locomoção, além de assegurar que nenhum deles estejam sintomáticos;
5. Não compartilhar instrumentos objetos, como por exemplo, canetas;
6. O recepcionista deve estar de máscara cirúrgica, fazer uso do álcool em gel e escudo protetor de polietileno ou acrílico separando o balcão, evitando a transmissão por fômites.

- **Sala de espera**

A sala de espera deve ser, preferencialmente, separada com cadeiras laváveis e distanciadas por no mínimo um metro, se não for possível outro espaço, dividir o espaço físico em área para sintomáticos. Recomenda-se um ambiente com ventilação natural e janelas abertas para circulação de ar.

- **Sala de Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR)**

Sinalizar o paciente sintomático respiratório ou outros sinais incluídos em protocolos de Covid-19, se possível, sala em separado para sintomático onde o Enfermeiro (a) estará paramentado (a) conforme recomendado. Deixar o mínimo de objetos sobre as superfícies que devem ser higienizadas com maior frequência pela equipe de saúde e pela equipe responsável pela higiene com os produtos indicados (álcool, optigerm ou solução de água sanitária). Todas as ferramentas de uso comum (termômetro, tensiômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio) devem ser higienizadas com álcool a 70% entre cada paciente. Evitar a produção de papel, mas aonde for necessário, ter o cuidado no manuseio.

- **Áreas coorte**

É uma ala ou unidade destinada exclusivamente para o atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de doença infectocontagiosa, no caso, Covid-19. Para maior segurança do paciente, com os cuidados mais direcionados à doença e com atenção a evitar disseminação da doença para pacientes e equipe, recomenda-se sempre que possível, o estabelecimento de áreas coortes quando a unidade for referência da pandemia e tiver fluxo oficial de pacientes. Se for raro, ficarão em quartos isolados. Os profissionais devem colocar a máscara N95/PFF2 antes de entrar nas áreas de coorte e retirá-la apenas ao sair.

- **Atendimento médico em consultório**

1. Deve ser separado e de preferência na mesma área da sala de espera, os mesmos cuidados citados acima devem ser realizados.
2. O atendimento deve ser baseado no Protocolo Estadual e, individualizar conforme a clínica, complexidade da unidade e necessidade do paciente.
3. Otimizar a realização de internamento se indicado, com definição do setor de destino apropriado para os sintomáticos de Covid-19. Caso seja em outra unidade definida da rede de assistência, manter em sala de observação específica e com máscara e cuidados até a transferência.
4. Direcionar o paciente à sala de observação adequada, com as requisições indicadas de exames de imagem e laboratoriais, além de medicamentos e cuidados.
5. Usar o recurso de triagem reversa, aplicada em pacientes hospitalizados se houver superlotação da emergência e para otimizar a capacidade operacional e utilização de equipes, com reavaliações de acordo com os critérios de avaliação de risco clínico, visando a alta para continuidade de tratamento domiciliar ou transferência para outra unidade de perfil de menor complexidade. Sugerimos acessar o recurso em material do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI SUS), presente nas referências.

- **Exames laboratoriais**

Se possível, tentar coletar in loco, com equipe paramentada evitando a transição do paciente em outras áreas.

- **Raio X e Ultrassonografia móveis**

Estabelecer fluxo de transporte interno com uso de EPI pelo profissional e paciente, as medidas de higienização dos aparelhos e periodicidade precisam estar definidas em protocolo.

• Internamento

Definir claramente setores de enfermaria e UTI que serão coorte, ou seja, destinados exclusivamente a pacientes suspeitos ou confirmados com Covid-19 sinalizadas e divulgadas na instituição, pois as normas de transição são diferentes, restritas e com paramentação permanente. A ventilação natural é recomendada e deve ser mantida. Todas as questões acima descritas se repetem para a emergência, na assistência, reforço de fluxos otimizados e reiteradas questões de higiene, resíduos etc.

• Acessos e circulação

1. Minimizar a circulação de pessoas em toda a unidade
2. Estabelecer rodízios administrativos, segundo decreto estadual dentro do possível
3. Restringir educativamente a transição de profissionais fora das áreas de assistência a que estão vinculados
4. Estabelecer normativas temporárias mais restritivas de acompanhante e visitas, de acordo com perfil da unidade e para diminuir aglomerações e chances de contágios. Nos casos em que se manterá acompanhante, que o rodízio seja somente diário, e que o mesmo tenha idade entre 18 e 60 anos, não gestantes, não portador de morbidade de grupo de alto risco e não sintomático de Covid-19 ou em período sabidamente transmissor. Deve se ter controle deste acesso.

• Acessos a elevadores

O uso dos elevadores deve ser otimizado e em caso de fluxo constante de pacientes Covid-19, dentro do possível, recomenda-se:

1. Estabelecer elevador específico com retirada de ascensorista e reforçar a higiene mais reforçada com os produtos indicados pela ANVISA;

2. Estabelecer elevadores específicos para funcionários que atuam na linha de frente ao Covid-19, que devem permanecer nas áreas de coorte, mas se for necessário a transição, deverão usar o elevador específico de “pacientes Covid” com a paramentação adequada e renovada conforme recomendação. Quando não estiverem em trânsito com o paciente, a paramentação deve ser retirada em local apropriado e cumprir as recomendações de higiene, assim poderá fazer uso do elevador geral.

• **Transporte de pacientes em áreas comuns**

Diminuir transição, definir equipe mínima incluindo maqueiro específico para estes pacientes, fluxos de passagem com equipe e paciente devidamente paramentados, ter comunicação prévia com setor e passagem de caso e quarto/Box, colocando o paciente neste sem demora. Ou nos casos de exames de imagem como tomografia ou ressonância, certificar-se da disponibilidade e aguardo do paciente com equipe paramentada no destino.

• **Transporte externo**

Estabelecer rotina para equipe de transporte quanto à paramentação adequada, organização e desinfecção de materiais específicos para uso em pacientes Covid-19 como (maleta de remoção, umidificadores, materiais médico-hospitalares, material de via aérea, equipamentos etc.). Disponibilizar ventilação natural durante o transporte de paciente suspeito ou confirmado.

• **Repouso de profissionais**

Reavaliar, inclusive com mudanças de local, as áreas de repouso com distanciamento de camas e aumento possível da ventilação natural de modo a evitar contaminação entre profissionais (tem estudos descrevendo como sendo um fator significativo de contaminação).

- **Higiene**

Definir rotina e periodicidade de desinfecção com o setor da higiene, incluindo superfícies como colchão, grades de cama, criados mudos e banheiros. Reforçar retirada de roupas profissionais se for o caso e enxovais. Priorizar sabão líquido, papel toalha e higiênico em dispositivos protegidos e ter dispensadores de álcool em gel nas entradas e saídas de locais de repouso.

- **Cuidados com prontuários e demais documentações**

Usar ao máximo os meios digitais e o registro “sombra” por profissionais fora da área coorte, quando possível, para evitar a contaminação destes. Não o sendo, rever manuseio de prontuários físicos se houver. Os requerimentos de exames e prescrições devem ser ensacados ou manuseados com o devido cuidado.

B. Readequação de Fluxos

- **Revisão de fluxos**

A readequação de fluxos já existentes e/ou a criação de novos fluxos podem ser necessários para atender as especificidades do momento, processos mais críticos precisam de fluxos bem estabelecidos para o bom gerenciamento.

- **Abastecimento**

Toda a cadeia de suprimentos deve ser reavaliada para se adequar à demanda mudada, assim como fluxos de estoque e distribuição na área de coorte. Priorizar sempre os EPI adequados em qualidade e quantidade para atender a necessidade da equipe multidisciplinar e apoio, incluindo os administrativos. Frisa-se que segundo as normativas federais, esta responsabilidade é do gestor da unidade.

- **Refeição de pacientes**

Rever a distribuição de refeições aos pacientes e avaliação do nutricionista remotamente, contemplando fornecimento de água potável nos leitos para que o paciente não transite pelos corredores até os bebedouros.

C. Recomendações aos Funcionários

- **Para a equipe profissional**

Para a maior segurança dos profissionais deve ser estabelecida a identificação de todas as áreas coortes em que é necessário a paramentação, divulgar e colocar avisos evidentes no limite geográfico na área definida, disponibilizar recipientes em locais sinalizados para o descarte de materiais e EPI, revisar todos os procedimentos considerando pacientes sintomáticos.

- **Alimentação**

Priorizar fornecimento de quentinhas aos profissionais, se não for possível, realizar rodízio em horário ampliado, espaçamento de cadeiras, solicitar a lavagem das mãos antes de entrar no refeitório, incentivar o uso de utensílios próprios a serem limpo em seus domicílios, realizar serviço de distribuição de alimentos, evitando compartilhamento de utensílios como no *self service*. Reforçar limpeza.

- **Treinamentos**

Manter a rotina de treinamentos, mas reforçar os temas mais importantes para o enfrentamento da pandemia, como as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, uso de EPI e paramentação entre outros que são abordados neste material.

- **Afastamentos**

Para a segurança do paciente e da equipe, se o profissional estiver sintomático, deverá comunicar a chefia antes de comparecer ao plantão e receber as orientações para testagem nos centros estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e iniciar o isolamento social. A instituição deverá ter disponível serviço de atendimento para o profissional 24 horas e realizar as medidas necessárias para evitar a entrada de sintomáticos.

D. Comunicação e visitas

Considerando o alto risco de contaminação pelo Novo Coronavírus, o serviço de saúde deve reiterar a restrição de acompanhantes e visitas conforme tem sido recomendado. O Governo do Estado de Pernambuco implantou o projeto “visita.com” com o objetivo de permitir a comunicação entre o paciente e família, por meio da visita virtual.

- **Projeto visita.com**

É um projeto do Governo do Estado, por meio da SES, que possibilita o contato de familiares e pacientes por meio de videoconferências e visitas virtuais, um canal de comunicação entre as equipes médicas e as famílias, que poderão acompanhar a evolução clínica e o processo de recuperação dos pacientes por meio de boletins diários (Figura 2).

Para conhecer o Programa acesse:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/projeto_visitas.com-manual_de_orientacoes_final_-_capa_logo_2.pdf



Figura 2. Projeto visita.com

• Comunicação de óbito

A comunicação de óbito deve ser feita à família, por telefone e de forma empática pela equipe assistencial. Orientar quanto aos procedimentos recomendados com o corpo em decorrência do Covid-19. Solicitar apoio do Serviço Social na condução da situação, caso necessário.

• Registro seguro

Preencher a ficha de atendimento com todas as informações cadastrais do paciente de forma clara como nome completo, raça auto declarada, escolaridade, endereço, telefones de contato do paciente e de familiar ou acompanhante responsável. Essas informações são importante para facilitar a comunicação com a família em casos de transferência, boletins médicos, inclusive óbito, se houver.

E. Apoio psicológico

Diante do grande desafio o qual precisamos enfrentar, o apoio psicológico, social ou espiritual deve ser considerado e incentivado às equipes de saúde e ao paciente e familiar. Cabe à instituição desenvolver estratégias na oferta desse tipo de apoio aos pacientes. A SES disponibiliza o Programa “Acolhe SES” que além da escuta qualificada e apoio psicossocial, serão feitas orientações sobre a rede de serviços de saúde e disponibilizados vídeos sobre as Práticas Integrativas e de promoção à saúde. Disponíveis no site da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE): <http://ead.saude.pe.gov.br/>

F. Ouvidoria

É um canal de comunicação entre o serviço de saúde e o paciente para acolhimento de queixas, sugestões ou elogios sobre sua internação/atendimento. Se o serviço não estiver disponível na unidade, devem ser informados os canais de comunicação a nível estadual.

G. Manejo de corpos

Em caso de óbitos de pacientes Covid-19 os cuidados com o corpo em situação da pandemia, estão descritas na Nota Técnica DG – Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica de Pernambuco - AEVE nº 04/2020, a saber:

- A unidade de saúde diante da suspeita de infecção por Covid-19 deverá realizar a coleta de material biológico nasal e orofaringe utilizando o swab conforme Nota Técnica nº 006/20 do LACEN-PE Esclarecimentos e orientações sobre a coleta de amostras clínicas de nasofaringe para o diagnóstico diferencial da covid-19, disponível em: https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_3f9a5ba0840e40a7a41c4ba8950b5a4d.pdf
- Se o paciente foi coletado em vida, não é necessária nova coleta;
- A coleta do material deve ser preferencialmente realizada até as 6 horas, podendo se estender até 12 horas;
- O material coletado deve ser enviado, devidamente acondicionado, ao Laboratório Central da Saúde Pública de Pernambuco em até 24h, acompanhado do formulário eletrônico da plataforma Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS): <https://www.cievspe.com/notifique-aqui> e clicar em serviços de saúde e da ficha de notificação de SRAG do Sistema Informatizado de Vigilância epidemiológica (SIVEP);
- As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8 C°) e enviadas ao Lacen/PE em caixas com bateria ou gelo reciclado, para serem processadas em até 72 horas após a coleta. Na impossibilidade de envio nesse período as amostras devem ser congeladas a – 70C°;
- A Declaração de Óbito deve ser emitida pelo serviço de saúde, orientações quanto ao preenchimento estão disponíveis no endereço: https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_547a27412b364d19b835e14fcf556218.pdf
- Tapar/bloquear orifícios naturais (oral, nasal, retal) para evitar extravasamento de fluidos corporais;

- Se possível enrolar o corpo com lençóis;
- Acondicionar o corpo em dois sacos impermeáveis à prova de vazamento e selado;
- Identificar o saco externo com a informação relativa ao risco biológico: agente biológico classe de risco 3, com nome completo do paciente, unidade de saúde e data do óbito;
- O cadáver deve obrigatoriamente ser acompanhado de um familiar direto, e preferencialmente, que não tenha tido contato com o paciente, utilizando máscara cirúrgica, portando seus documentos de identificação e do falecido;
- Os profissionais do necrotério deverão usar máscara cirúrgica, protetor facial, luvas de procedimentos, botas impermeável de cano longo e avental descartável.

Nota: Recomendamos adicionar à identificação do paciente a data de nascimento, identificadores institucionais para Identificação Correta do Paciente, a primeira Meta Internacional de Segurança que será abordada a seguir.

1.1.2 Estratégias para orientações de boas práticas

O Plano de Segurança do Paciente descreve e aponta as situações de risco que precisam ser trabalhadas na instituição para a melhoria e segurança dos processos. A implantação das Metas Internacionais de Segurança (Figura 3) são estratégias mundialmente recomendadas pela OMS e aqui no Brasil pelo Ministério da Saúde, mas para essas metas serem efetivamente implantadas é preciso planejamento, recursos, mesmo que mínimos, e, treinamento contínuo.

Diante da situação explanada, é recomendado que os processos implantados continuem a serem executados e monitorados, pois agora mais do que nunca é preciso prestar uma boa assistência à saúde para proteção e recuperação dos doentes não somente os acometidos pelo Covid -19, mas de outras patologias que também necessitam de cuidado. Ainda que o serviço não tenha protocolos implantados, o momento é oportuno para que orientações de boas práticas e segurança do paciente sejam incorporadas aos treinamentos oferecidos às equipes da assistência e apoio aos que atuam na linha de frente.

Figura 3. Metas Internacionais de Segurança do Paciente





META 1: IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

Assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

☐ CONFIRMAR O PACIENTE

- Identifique o paciente com o uso de dois identificadores institucionais
- Nome completo sem abreviações
- Data de nascimento
- Em crianças recém-nascidas além dos identificadores institucionais deve conter outras informações padronizadas no serviço
- Os identificadores institucionais devem constar no prontuário, em requisições e resultados de exames, rótulos de medicamentos, hemocomponentes, amostras de exame, dieta etc.
- A confirmação dos identificadores deve ser realizada antes de qualquer cuidado que inclui: administração de medicamentos; hemocomponentes e derivados; coleta de material para exame; entrega da dieta; realização de procedimentos invasivos
- 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
- 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
- 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.

Alguns fatores podem potencializar falhas na identificação do paciente como:

- ☐ Estado de consciência
- ☐ Mudança de leito ou setor
- ☐ Troca de turno

Portanto, NUNCA deve usar o nº do leito, enfermaria ou diagnóstico para identificar o paciente

❑ CASOS ESPECIAIS

- Defina estratégias de identificação em pacientes homônimos
- Defina como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados, ou que por algum motivo, recusem usar a pulseira.
- Quando a identificação do paciente não estiver disponível na admissão (por exemplo, pacientes inconscientes e confusos sem acompanhamento) ou quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o nº do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça. No entanto, quando as informações estiverem disponíveis os dados imediatamente devem ser colocados nos instrumentos de identificação (pulseira, placa no leito, etc.).

❑ COMO IDENTIFICAR O PACIENTE

- A pulseira branca padronizada tem sido o instrumento de identificação mais utilizado pelos serviços de saúde, no entanto, outros instrumentos como prontuário, placas no leito, etiquetas também podem ser utilizados
- O registro dos identificadores do paciente pode ser impresso de forma digital ou manuscritos, no entanto, as informações devem ser fáceis de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água ou produtos como produtos de limpeza, a base de álcool, hemocomponentes e qualquer outro líquido ou preparação; e não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital
- A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

❑ ENVOLVER O PACIENTE E FAMILIAR

- O paciente e família devem ser orientados quanto ao uso do instrumento de identificação e quais são os identificadores padronizados na instituição.
- Deve ser orientado quanto à importância e quais são os riscos em decorrência do não uso do instrumento.
- Ao paciente/acompanhante deve ser solicitada a confirmação dos identificadores antes de qualquer cuidado.
- Ao paciente deve ser solicitado que declare ou solete seu nome completo e data de nascimento; nunca induzir o paciente a resposta (por exemplo, você é o senhor Silva?), pois o paciente pode não compreender e concordar por engano.

IMPORTANTE:

A instituição por meio do NSP deve implantar um protocolo que descreva todas as recomendações para o cuidado seguro na identificação correta do paciente. Ainda que, não haja um protocolo implantado, cabe ao profissional a responsabilidade de realizar o procedimento seguro como checar as informações do prontuário com o paciente/familiar antes de prestar o cuidado ao paciente de forma a assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina, evitando assim, a ocorrência de erros.



META 2: COMUNICAÇÃO EFETIVA

Melhorar a comunicação entre os prestadores do cuidado

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS:

☐ PRESCRIÇÕES VERBAIS

- Deve ser restrita a situações de urgência e emergência quando absolutamente necessária.
- A prescrição pode ser de medicamentos, dieta ou hemocomponentes.
- O prescritor deve falar o nome do medicamento, dose e via de administração com linguagem clara e objetiva.
- Utilizar a técnica “Read-back” *
- Quando normalizada a situação a prescrição médica deve ser imediatamente escrita, validada pelo prescritor e entregue na farmácia.
- O registro da ocorrência deve ser realizado no prontuário do paciente.

* Read-back (leia de volta) – é uma técnica de comunicação em que a pessoa que recebeu a informação repete a mensagem de forma clara e objetiva, a fim de confirmar se a mensagem foi devidamente compreendida por quem a recebeu.

☐ RESULTADOS DE EXAMES CRÍTICOS

Entende-se por resultado crítico o valor de exame muito acima ou muito abaixo dos limites de normalidade. Em determinadas situações é muito importante que o médico tenha acesso ao resultado do paciente com maior brevidade a fim de embasar a tomada de decisão imediata, evitando assim atrasos no diagnóstico e tratamento.

Para este fim, as áreas envolvidas precisam elencar quais serão os exames críticos e definir valores de referência para cada exame seja no laboratório, imagenologia, anatomia patológica entre outros e, para que essa informação seja transmitida com maior segurança, a comunicação entre as equipes deve ser padronizada e os profissionais habilitados para esta função devem ser treinados. Após a identificação de resultados críticos caberá:

○ **Ao profissional do setor que identificou o resultado:**

- Entrar em contato (por telefone) com o setor onde se encontra o paciente
- Solicitar a comunicação com o médico responsável ou enfermeiro
- Confirmar os identificadores institucionais do paciente
- Informar o resultado crítico e solicitar que o mesmo repita a mensagem (técnica *Read-Back*)
- Registrar a informação transmitida, nome e função de quem recebeu a mensagem
- Disponibilizar a entrega dos resultados assim que possível.

○ **Ao profissional médico responsável ou Enfermeiro:**

- Confirmar os identificadores institucionais do paciente
- Receber a informação e repetir a mensagem (técnica *Read-Back*)
- Registrar em prontuário a informação transmitida, nome e função de quem repassou o resultado, colocar hora, assinar e carimbar
- Anexar o resultado do exame ao prontuário assim que disponível
- Tomar a ação assistencial necessária com presteza, mantendo a priorização dada ao resultado de exame crítico, com o registro adequado.

❑ TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A transferência de pacientes para diferentes áreas assistenciais pode levar a perda de informações importantes e falhas de comunicação entre as equipes multidisciplinar. O uso de instrumentos padronizados facilita a comunicação segura e melhora o desempenho das equipes. A recomendação dada por meio desse material é a utilização de uma ferramenta de comunicação bastante utilizada na área da saúde, o SBAR.

❑ SBAR

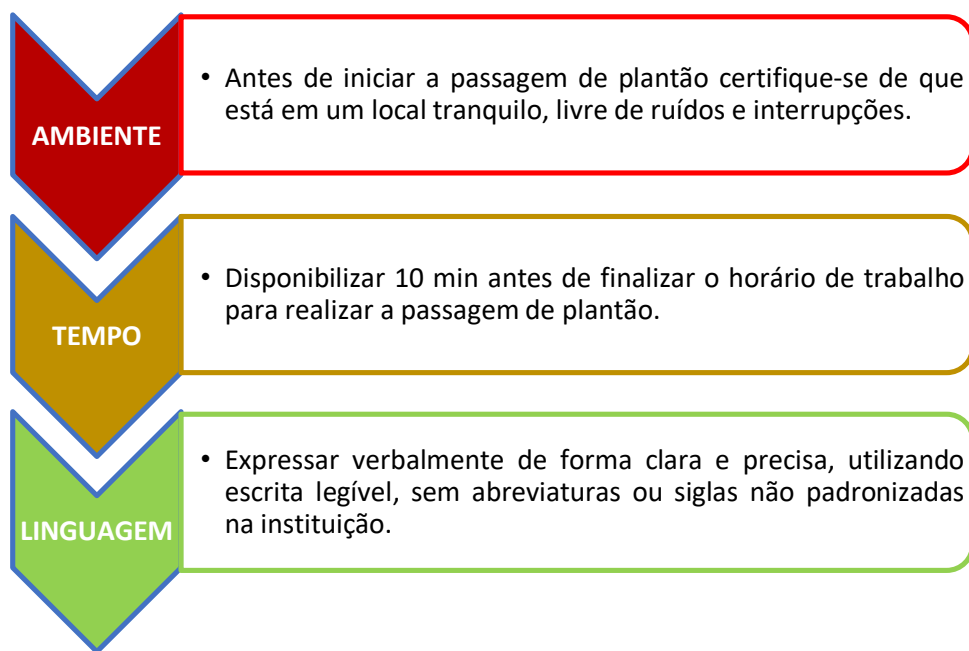
É um mnemônico (Situação – *Background* (breve histórico) – Avaliação - Recomendações) um método simples e de fácil aplicação que foi desenvolvida inicialmente para uso na área militar para comunicação entre oficiais, mas tem sido amplamente utilizado em serviços de saúde com o objetivo de padronizar a transmissão de informações importantes sobre o paciente, especialmente na passagem de plantão entre equipes e na transição do cuidado (Quadro 1).

❑ PASSAGEM DE PLANTÃO

O momento-chave para a troca de informações são as passagens de plantão, realizadas entre profissionais da mesma especialidade no momento da troca de turno. A qualidade da informação é decisiva para a segurança dos procedimentos. Qualquer equívoco registrado no prontuário do paciente a respeito de um exame, um medicamento ou uma terapia pode colocar a vida da pessoa atendida em risco.

A modalidade de passagem de plantão recomendada aqui é o roteiro estruturado (SBAR) que possibilita a transmissão de informações de forma direcionada para a equipe multidisciplinar e segura para o paciente, cada profissional em sua área de atuação terá subsídios para o planejamento de suas atividades no decorrer dos processos assistenciais com organização da força de trabalho, insumos e otimização de tempo.

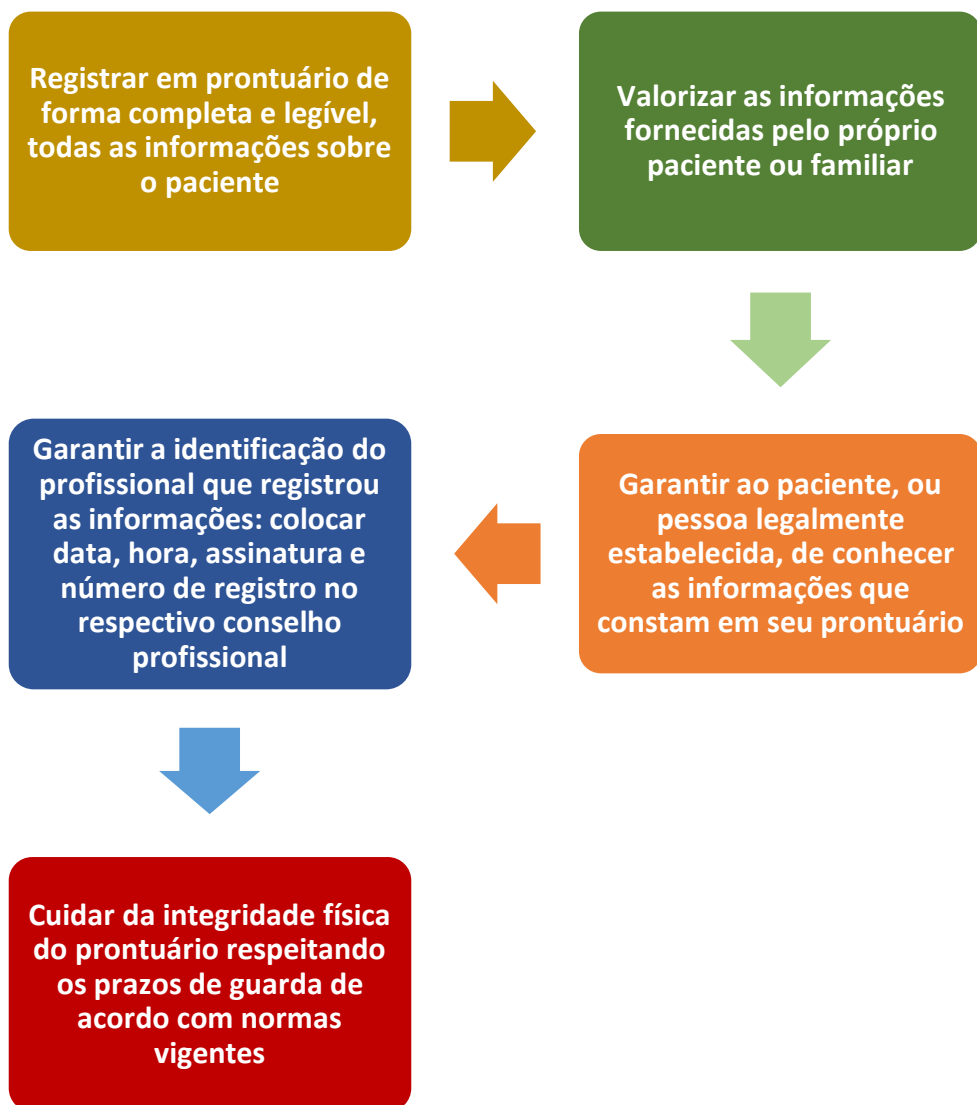
❑ Orientações gerais para a passagem de plantão



PONTOS DE ATENÇÃO:

- Utilizar o instrumento padronizado para a segurança da passagem das informações;
- A passagem de plantão deve ser realizada por categoria profissional, considerando as especificidades do período de trabalho, como nº de profissionais por ala, nº de pacientes sob assistência, etc.;
- Priorizar os pacientes graves e com pendências no plano terapêutico como procedimentos, exames, medicamentos etc.

❑ REGISTRO EM PRONTUÁRIO



❑ TRANSFERÊNCIAS DE PACIENTES

- Utilizar instrumento padronizado para a transferência de pacientes de forma segura.
- Assegurar que o instrumento contém todas as informações necessárias para a transição do paciente, plano de cuidados, medicamentos realizados, exames entre outras informações.
- Assegurar que se trata do paciente certo realizando a checagem dos identificadores institucionais com o paciente ou familiar.
- Garantir que o setor para o qual o paciente será transferido está ciente do caso e dispõe de leito disponível, da mesma forma em casos de transferência para outra unidade de saúde.
- Em caso de paciente grave, garantir que o mesmo tem estabilidade clínica para realizar a transferência.
- Prover de todo material necessário para suporte clínico durante a transferência, caso necessário.
- Sempre comunicar a família a necessidade de transferência e estar disponível para esclarecer possíveis dúvidas.
- Em casos de alta hospitalar fornecer todas as informações ao paciente e família, com linguagem simples e clara.
- Jamais deixar de fornecer o resumo de alta com todas as orientações para continuidade do cuidado em domicílio e/ou na atenção primária.

Quadro 1. Modelo de roteiro SBAR

Situação: Motivo de admissão hospitalar e setor atual Informações de contato para comunicação e decisões se necessárias Alergias Médico responsável
Background (antecedentes): Diretivas antecipadas de vontade Antecedentes pessoais pertinentes Exames laboratoriais: resultados anormais do plantão, resultados pendentes ou exames a fazer Exames e procedimentos: No turno atual e os previstos para o próximo turno Problemas atuais: médicos e de enfermagem
Avaliação: Avaliação de dor das últimas 24 horas / último plantão Neurológico Cardiovascular Respiratório Gastrointestinal / geniturinário (incluir ingestão e eliminações) Pele Mobilidade Problemas de segurança do paciente: atuais e previstos Atualizações e preocupações quanto à medicação
Recomendações: Testes e procedimentos pendentes ou previstos Outras preocupações Problemas familiares atuais ou previstos Estado dos objetivos e problemas atuais do plantão Objetivos e problemas antecipados ao próximo plantão Outros “A Fazer/” Alguma pergunta?” Apresentação do paciente e enfermeiro Revisão conjunta de acessos, infusões, estado neurológico, etc.
Fonte: Adaptado de Patient Safety Movement Foundation patientsafetymovement.org, 2020.



META 3: SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Promover práticas seguras no uso de medicamentos

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- A identificação do paciente na prescrição médica deve conter 2 identificadores institucionais (nome completo e data de nascimento);
- A prescrição deve ter padrão institucional, ser diária e além dos 2 identificadores conter minimamente: nome do hospital, número do prontuário, nº do leito e enfermaria
- A identificação do prescritor deverá ter o nome completo, número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.
- A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição. A ausência da data está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, como uso de medicamentos por um período inadequado, por exemplo.
- A adequada legibilidade da prescrição previne a ocorrência de erros graves e até fatais, sobretudo relacionados à troca de medicamentos, sendo assim alguns fatores merecem especial atenção:
 1. Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas (impressão em frente e verso não é recomendada, pelo elevado risco de não cumprimento integral da prescrição).
 2. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros; se não houver outra possibilidade, a legibilidade da grafia deve ser criteriosa. A prescrição carbonada não é recomendada.

3. O uso de abreviaturas não é recomendado, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação. Caso seja indispensável à instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre as equipes.

4. Medicamentos devem estar prescritos com seus nomes genéricos, conforme a legislação e pela variação provável de fornecedor devido às licitações, contendo a apresentação, concentração, assim como a forma de diluição, periodicidade e velocidade desejada nas endovenosas.

5. Medicamentos cujos nomes são semelhantes devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRISTina.

6. A dose desejada do medicamento deve ser claramente indicada. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. Não utilize “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro.

7. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

8. O médico deve preencher formulário de previsão de antibiótico para o tratamento, de modo a que a farmácia tenha esse controle e promova-se o uso racional de antibiótico.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica com a participação do NSP deverão organizar a lista dos medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas, como também disponibilizar a lista dos medicamentos com concentrações, apresentações diferentes e equivalentes e, ainda, divulgar entre todos os profissionais do serviço, a fim de evitar fontes de erros.

❑ ALERGIAS

- Relato de alergias deve ser destacado na prescrição o qual subsidia 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.
- Em serviços que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.
- A sinalização do paciente alérgico é uma prática segura e deve ser reforçada, seja com pulseira de cor padronizada, identificação em placas no leito e em prontuário.

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NO GERENCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA (MAV)

São medicamentos potencialmente perigosos e necessitam de maior vigilância em seu gerenciamento, o serviço de saúde deve listar e divulgar os medicamentos que se enquadram nessa classificação.

- Aspectos relevantes para prescrição dos MAV são: Indicação, dose usual, dose máxima diária, formas de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração).
- A instituição deve estabelecer cotas de medicamentos em pontos assistenciais de acordo com critérios de indicação.
- O nº de apresentações e concentrações, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável) devem ser limitados.
- Revisar continuamente a padronização de medicamentos potencialmente perigosos.
- Usar procedimentos de dupla checagem dos medicamentos.
- Criar protocolos que apresentem múltiplas barreiras para erros ao longo do sistema de utilização de medicamentos.

- Padronizar medicamentos e doses que devem ser utilizados, de forma a reduzir a dependência da memorização e permitir a execução segura de procedimentos, principalmente para os funcionários inexperientes ou recém-admitidos no serviço e ainda não familiarizados com os processos de trabalho.
- Recolher ampolas de cloreto de potássio concentrado dos estoques existentes nas unidades assistenciais. As ampolas DEVEM SER IDENTIFICADAS COM ETIQUETAS DE ALERTA, ressaltando que o medicamento pode ser fatal se administrado sem diluir.
- Segregar os MAV em local diferenciado e com sinalização colorida nos postos assistenciais e farmácia.
- Segregar os psicotrópicos em local seguro com controle de dispensação, conforme normas vigentes.

☐ **DUPLA CHECAGEM**

Processo que envolve a participação de dois profissionais na preparação, administração e checagem de medicamentos de forma simultânea. A instituição define quais medicamentos devem ser verificados com dupla checagem (exemplo: controlados e MAV) e deve ser realizado antes dos “9 certos da administração de medicamentos”, tornando o processo mais seguro.

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

❑ “OS NOVE CERTOS”

1. Paciente certo

- Utilizar os dois identificadores para confirmar o paciente correto antes da administração de medicamentos
- Seguir as estratégias de segurança do protocolo de identificação do paciente (meta 1)

2. Medicamento certo

- Conferir o nome do medicamento com a prescrição médica
- Checar alergias com o paciente e/ou em prontuário

3. Via certa

- Checar a via de administração prescrita.
- Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
- Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa, caso necessário esclarecer dúvidas com o prescritor ou farmacêutico.
- Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos e outros).
- Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.
- Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.
- Higienizar as mãos após a administração do medicamento.

4. Hora certa

- Garantir que a administração do medicamento seja feita sempre no horário correto para adequada resposta terapêutica.
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

5. Dose certa

- Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada.
- Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.
- Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição; em caso de dúvida, consultar o prescritor.
- Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.
- Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância (ex.: anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados, como cloreto de potássio injetável).
- Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.

6. Registro certo

- Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.
- Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.
- Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

7. Orientação correta

- Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente, junto ao prescritor.
- Orientar e instruir o paciente sobre qual o medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.
- Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

Nota: Registrar a administração feita em cada horário, com rubrica individual e com legenda para identificação do profissional de enfermagem e deve estar carimbado e assinado.

8. Forma certa

- Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e a via de administração prescrita.
- Checar se a forma farmacêutica e a via de administração estão prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
- Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
- A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos; caso seja necessário, realizar a trituração do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

9. Resposta certa

- Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
- Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.
- Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.
- Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual.
- Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar)



META 4: CIRURGIA SEGURA

Assegurar a realização de procedimentos cirúrgicos no paciente correto e no local de intervenção correto

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

☐ Check list de Verificação Cirúrgica

O instrumento está dividido em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala cirúrgica (Quadro 2).

I. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (*SIGN IN*)

○ Identificação do paciente

- Utilizar os dois identificadores institucionais – nome completo e data de nascimento
- Confirmar o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do termo de consentimento informado para a cirurgia e anestesia
- Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função

○ Demarcar o sítio cirúrgico

- A demarcação da lateralidade deverá ser realizada pelo profissional que fará o procedimento com a participação do paciente, marcada com caneta dermatográfica. O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição, evitando-se marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

○ Verificação anestésica

- Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas e risco de aspiração
- Verificar histórico de reação alérgica
- Monitorar oximetria, confirmar a conexão de monitor multiparâmetro e seu funcionamento
- Verificar o funcionamento de equipamentos disponíveis
- Proteger o paciente da dor, minimizando os riscos da anestesia
- Usar métodos para minimizar o risco de infecções de sítio cirúrgico

II. ANTES DA INCISÃO NA PELE (*TIME OUT*)

- Confirmar os membros da equipe apresentando-se por nome e função
- Confirmar o paciente, procedimento e local da cirurgia
- Verificar pontos críticos do procedimento, estimativa de perdas sanguíneas e tempo de cirurgia
- Verificar pontos críticos da anestesia e antibioticoterapia profilática
- Verificar pontos críticos da assistência como indicadores de esterilização e equipamentos
- Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas
- Verificar exames de imagem e necessidade de equipamentos radiográficos

III. ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA (*SIGN OUT*)

- Confirmar o procedimento realizado
- Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas
- Conferir, identificar e armazenar adequadamente amostras de material biológico para análise
- Registrar a ocorrência de problemas com equipamentos
- Revisar as necessidades do paciente para sua recuperação anestésica

☐ PONTOS DE ATENÇÃO:

- Documentar no prontuário: avaliação pré-anestésica; consentimento informado; exame físico e alergias.
- Anexar ao prontuário o *check list* de cirurgia segura aplicado e devidamente preenchido.
- Sempre que possível, envolver o paciente no processo de prevenção de erros cirúrgicos.
- Elementos básicos da infraestrutura devem ser considerados, monitorados e avaliados continuamente: pessoal treinado, qualidade da água, fontes de iluminação, equipamento para aspiração, fonte suplementar de oxigênio, equipamento cirúrgico em condições de uso e disponibilidade de instrumentos esterilizados.
- Verificar com antecedência de insumos, órteses e próteses, reserva de leito em UTI e componentes hemotransfusionais necessários ou previstos.
- Assegurar identificação completa de paciente e do material biológico e anatomopatológico assim como seu acondicionamento e transporte até o registro adequado no setor de anatomia patológica, com fluxo estabelecido e em tempo breve.

- Preferencialmente, realizar procedimentos cirúrgicos em sala isolada com pressão negativa, mínimo adequado de profissionais, sem saídas recorrentes. Adequar a paramentação com máxima proteção inclusive protetor facial e desligamento de ar condicionado se não houver pressão negativa na hora de aerossóis como intubação, ter uso de filtro hepa no respirador (circuitos fechados) e cuidados com material biológico e anatomopatológico diferenciadamente identificados, higienização terminal ainda mais rigorosa e específica nos casos de pacientes com suspeita ou confirmação de Covid - 19.
- Identificar com risco biológico de classe 3 Covid -19 todo o instrumental a ser esterilizado, o enxoval deve ser separado e acondicionado em separado até recolhimento e em casos de amputação ou feto morto, proceder com o acondicionamento e descarte ou encaminhamento para sepultamento conforme legislação, acrescido da classificação de risco.
- Os procedimentos que não envolvem centro cirúrgico como hemotransfusão, hemodiálise, drenagem de tórax, implantação de cateter venoso, acesso venoso central assim como os de intubação orotraqueal, traqueostomia, todos os endoscópicos entre outros tem que seguir o *check list* adaptado com todas as etapas para a segurança destes e acrescidos dos cuidados para Covid -19.
- A quimioterapia deve ser avaliada individualmente pelo médico e equipe assistente, sugere-se contato prévio com agendamento espaçado, orientação sobre sintomatologia para fazer em local ou horário em separado. O ambiente de sala de quimioterapia deve ser preparado com separação para pacientes sintomáticos, agendamento prévio e espaçamento nos intervalos para evitar aglomerações, restringir acompanhantes em pacientes maiores e menos debilitados que se sintam confiantes para tal, checar se acompanhante não está sintomático ou é de grupo de alto risco, espaçar as cadeiras. O paciente deve manter máscara cirúrgica permanentemente e o procedimento deve ser realizado com toda a paramentação necessária.
- Nem caso de hemodiálise sugere-se também o contato prévio para redistribuir sintomáticos em espaço e horário dentro do possível, restringir acompanhantes com mesmos critérios e quanto ao procedimento em si, acessar a literatura específica para a pandemia.

Quadro 2. Lista de verificação Segurança Cirúrgica

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO ☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? ☐ NÃO ☐ SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜINEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) Assinatura

Fonte: Organização Mundial da Saúde, OMS.



META 5: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Promover a higiene das mãos a fim de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA:

☐ HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS :

Respeitar os 5 momentos da higienização das mãos (Figura 4).

1. Antes de tocar o paciente

2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico

- Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
- Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento ao mesmo paciente.

3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções

- Após contato com fluidos corporal ou excreto, membrana mucosa, pele não íntegra ou curativo
- Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente
- Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

4. Após tocar o paciente

- Antes e depois do contato com o paciente
- Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

- Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente
- Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas
- Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente
- Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

Figura 4. Cinco momentos da higienização das mãos



❑ RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

I. Higienização simples com sabonete líquido e água

Tem a finalidade de remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.

○ **Indicação:**

- Quando estiverem visivelmente sujas, manchadas de sangue ou outros fluidos corporais
- Após uso do banheiro
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada
- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica

○ **Técnica correta** (Figura 5):

- Retire adornos
- Molhe as mãos com água;
- Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
- Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
- Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Enxágue bem as mãos com água;
- Seque as mãos, com papel toalha descartável
- No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha;
- Agora as suas mãos estão seguras.

○ **Tempo de execução:** Duração mínima de 40 a 60 segundos

II. Higienização com antisséptico, degermante e água

Tem a finalidade de promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico.

○ Técnica correta

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos (Figura 5), substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado à antisséptico, como antisséptico degermante.

○ Tempo de execução: Duração mínima de 40 a 60 segundos

III. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

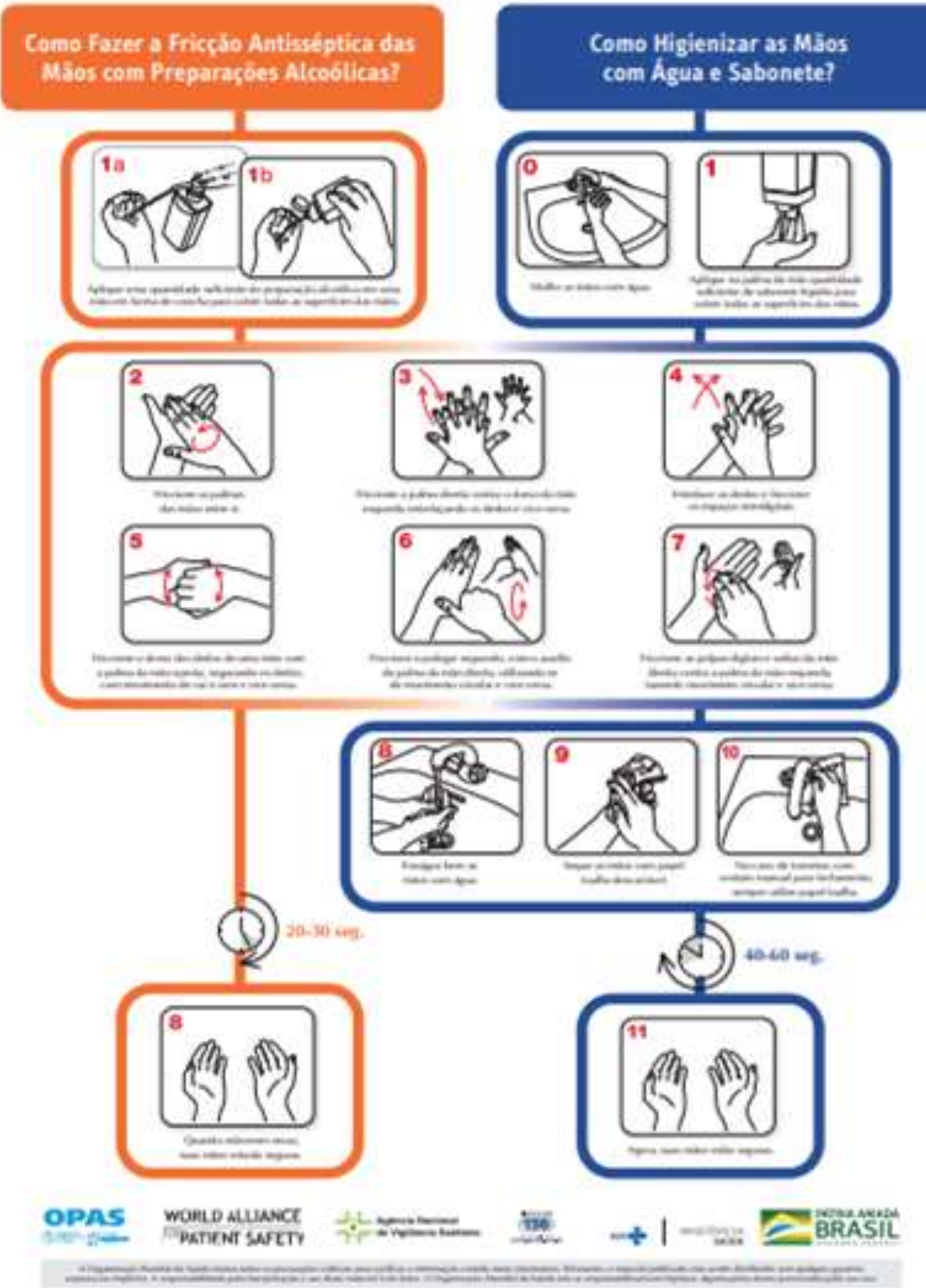
Tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, mas não realiza remoção de sujidades. Pode ser usada nas mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%).

○ Técnica correta (Figura 5)

- Retire adornos
- Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

○ Tempo de execução: Duração mínima de 20 a 30 segundos

Figura 5. Higienização das mãos com água e sabonete e fricção antisséptica com preparações alcoólicas



Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

0

1

0: Molhar as mãos com água.
1: Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.

2

3

4

5

6

7

8

9

10

8: Enxaguar bem as mãos com água.
9: Secar as mãos com papel toalha descartável.
10: Secar as mãos com secador manual por 20 segundos, sempre utilizar papel toalha.

11

40-60 seg.

11

OPAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

WORLD ALLIANCE

PATIENT SAFETY

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANVISA

Ministério da Saúde

BRASIL

Ministério da Saúde

BRASIL

Ministério da Saúde

BRASIL

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) são instituições internacionais sem fins lucrativos. Elas atuam em conjunto para melhorar a saúde pública em todo o mundo, com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade da assistência à saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é uma organização intergovernamental, administrada pelos governos dos países membros. A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma organização intergovernamental, administrada pelos governos dos países membros.

❑ Outras estratégias

Assegurar acesso a sabonete líquido e papel toalha, bem como a um fornecimento contínuo e seguro de água

Assegurar acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos nos pontos de assistência;

Prover pias em quantitativo de uma para cada dez leitos, preferencialmente com torneiras de acionamento automático em unidades não críticas e obrigatoriamente em unidades críticas. (nas unidades especiais como Uti, seguir as respectivas normas)

Educação e treinamento: fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

Estabelecer parcerias com pacientes, acompanhantes e com associações de pacientes de forma a colaborar com orientações recomendadas pelos gestores.

Promover o clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente e no qual o aprimoramento da higienização das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis.

Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde retroalimentando estes resultados.



META 6: PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Promover a prevenção de ocorrência de lesões por pressão e outras lesões da pele

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP):

☐ AVALIAÇÃO DA PELE

- Avaliar todos os pacientes quanto ao risco de desenvolver LPP e conforme a classificação, estabelecer medidas preventivas
- Utilizar de instrumentos padronizados para a avaliação na admissão ou readmissão dos pacientes
- Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.



Nota:

A escala de Braden tem sido a ferramenta mais utilizada pelos serviços de saúde. E a escala de Braden Q em pacientes pediátricos de 1 – 5 anos. (Quadros 3 e 4 respectivamente).

❑ REAVALIAÇÃO DA PELE

- Reavaliar os pacientes internados diariamente quanto ao risco potencial de desenvolver lesões
- Avaliar a necessidade de ajuste do plano de cuidados de acordo com o grau de risco do paciente

❑ INSPEÇÃO DA PELE

- Pacientes em risco de desenvolver LPP devem ter a pele inspecionada diariamente
- Atentar para áreas corporais mais propensas como proeminências ósseas e regiões submetidas à pressão por dispositivos, cateteres, tubos e drenos
- Identificar as lesões de acordo com a classificação internacional*

A Classificação das Lesões Por Pressão, um consenso da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016. Foi publicação oficialmente pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE).

Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>

❑ MANEJO DA PELE

- 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 da pele
- Manter a pele hidratada - o tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo
- A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares
- Controlar a umidade decorrente de transpiração, incontinência urinária/fecal ou exsudato de feridas, o uso de fraldas ou absorventes pode ser necessário para minimizar o contato com a umidade
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas.

❑ NUTRIÇÃO DO PACIENTE

- A avaliação dos pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação
- Notificar ao nutricionista todos os pacientes em risco nutricional ou em risco de desenvolver LPP
- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros.
- Discutir com a equipe casos com indicação de sondagem
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional
- O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP

❑ MINIMIZAÇÃO DA PRESSÃO

○ Mudança de decúbito:

- Redistribuir a pressão sobre a pele especialmente sobre as proeminências ósseas reposicionando o paciente no leito a cada 2 horas;
- O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia;
- Restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão;
- Posicionar os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, em decúbito acima de 30º para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Na pandemia em caso de pacientes graves o uso da posição PRONA e as mudanças de decúbitos devem ser discutidos em equipe.

❑ PREVENÇÃO DE FRICÇÃO E CISALHAMENTO

- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de LPP por fricção num intervalo maior entre cargas repetidas.
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.
- Utilizar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito a fim de evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento.
- Verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.

❑ Dispositivos para redistribuição da pressão:

- Fazer uso de dispositivos de apoio disponíveis no serviço a fim de redistribuição da pressão em pacientes com risco identificado
- Atentar para fricção durante procedimentos em pacientes com mobilidade prejudicada e utilizar de forma apropriada materiais como: travesseiros, coxins, almofadas entre outros
- 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
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes
- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de LPP 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.

NOTA: A utilização de escalas para avaliação da pele do paciente e a prescrição do plano de cuidados é uma atribuição do Enfermeiro (a). A LPP está relacionada a causas multifatoriais, portanto, a participação da equipe multiprofissional na prevenção de lesões e no tratamento de lesões já instaladas é fundamental para o plano terapêutico e acompanhamento de todos os profissionais envolvidos.

Quadro 3. Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN AValiação DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO				
Percepção Sensorial: Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitado: Não rege a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação ou capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação ou tem uma limitação sensorial que reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Ligeiramente Limitado: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidade.	4. Nenhuma Limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Umidade: Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida A pele mantém-se sempre úmida devido à sudorese, urina, etc. É detectada sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. OS lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente Úmida. A pele está por vezes úmida. Exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só requerem uma mudança nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curta distancias, com ou sem ajuda, passa o maior tempo sentado ou deitado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente como mais de 1/3 de comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere pouco líquido. Não toma suplemento dietético líquido ou está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: come mais da metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios) Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e força deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação levam a fricção quase constante.	2. Problema Potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente decal.	3. Nenhum problema: move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre boa posição na cama ou cadeira.	

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

ALTO RISCO: <12 RISCO MODERADO: 13-17 SEM RISCO: > 18 PONTUAÇÃO TOTAL = _____

Interpretação: A classificação do risco se dá de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é o risco para a ocorrência dessa lesão.

Quadro 4. Escala de Braden Q (Pediatria)

ESCALA DE BRADEN Q AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Percepção Sensorial: Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitado: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou sedação OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	3. Ligeiramente Limitado: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma Limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto
Umidade: Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. E detectada sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. OS lençóis têm de ser mudados pelo menos três vezes por dia	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida. Exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente duas vezes por dia	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só requerem uma mudança nos intervalos habituais
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curta distâncias, com ou sem ajuda, passa o maior tempo sentado ou deitado	4. Todos os doentes demasiados jovens para deambular OU Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade: Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada: ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Está em jejum e/ou a dieta líquida ou EV por mais de 05 dias OU albumina < 2,5 mg/dl OU nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente a 2 refeições de carne ou laticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada: raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: come mais da metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios) Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos
Fricção e força de deslizamento	1. Problema Significativo: Espasticidade, contratura ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção.	2. Problema: Requer uma ajuda moderada para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descal frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.	3. Problema Potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	4. Nenhum problema: move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre boa posição na cama ou cadeira.
Perfusão Tecidual oxigenação	1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM < 50 mmHg, < 40mmHg em RH) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: Normotensão. Apresenta saturação de oxigénio < 95% ou a hemoglobina < 10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico < 7,40	3. Adequada: Normotensão. Apresenta saturação de oxigénio < 95% ou a hemoglobina < 10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotensão. Apresenta saturação de oxigénio > 95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

ALTO RISCO: < 15 RISCO MODERADO: 16-23 SEM RISCO: > 24 PONTUAÇÃO TOTAL: _____



META 6: PREVENÇÃO DE LESÃO POR QUEDA

Reduzir a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência

ESTRATÉGIAS DE SEGURANÇA PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR QUEDA:

❑ Definição de Queda

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Outras situações consideradas como queda: paciente encontrado no chão; ao se desequilibrar e precisar ser amparado mesmo que não toque ao chão, ao escorregar no leito, cadeira, vaso sanitário entre outros.

❑ Avaliação do Risco de queda

- Avaliar os pacientes de forma sistematizada e periódica quanto ao risco de queda
- A avaliação deve ser feita no momento da admissão e diariamente até a alta do paciente
- Utilizar instrumento de avaliação padronizado com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição;
- Sinalizar os pacientes identificados para o risco com a utilização de instrumentos como pulseira colorida, placa no leito e alerta em prontuário
- A avaliação dos casos de queda permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

○ Alto risco de queda

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco
- Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco

○ **Baixo risco de queda**

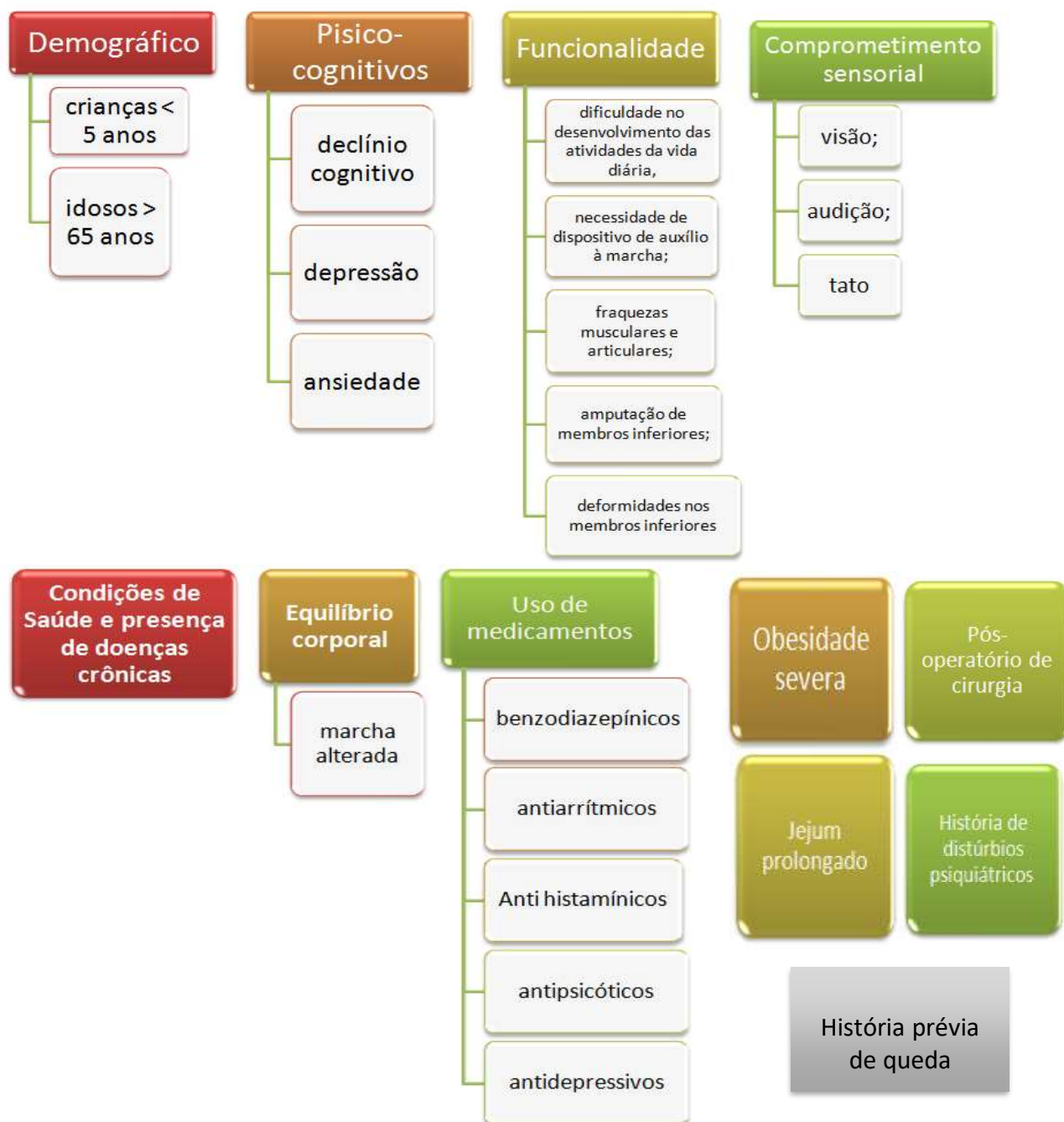
- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

○ **Medidas de prevenção**

- Adotar o uso de protocolo de prevenção de quedas; identificar os pacientes com risco de queda de acordo com os critérios estabelecidos pelo serviço e registrar em prontuário
- Favorecer um ambiente de cuidado seguro tais como: pisos antiderrapantes limpos e secos, mobiliários e iluminações adequadas, corredores livres de obstáculos, altura adequada da cama que permita que o paciente consiga apoiar os pés no chão, e com sistema de travas nas rodas ativado; camas e macas com grades de proteção; banheiros e áreas de deambulação dos pacientes com pontos/barras de apoio; cinto de segurança em cadeiras de rodas
- Atender as normas específicas no cuidado à população idosa
- Observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária (pacientes pediátricos)
- Educar pacientes e família sobre de que forma podem colaborar para a prevenção de quedas
- No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos.

Os quadros 6 e 7 contêm medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda, conforme o fator de risco apresentado pelo paciente adulto e pediátrico respectivamente.

❑ Fatores de Risco



Quadro 6. Fatores de risco para queda e medidas relacionadas em pacientes hospitalizados

Fatores de risco	Medidas relacionadas
Idade	• Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de Queda	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível • Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação • Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala)
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	• Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente • Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico • Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Medicamentos	• Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda • Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente) • Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.

Cont. quadro 6. Fatores de risco para queda e medidas relacionadas em pacientes hospitalizados

Fatores de risco	Medidas relacionadas
Uso de equipamentos e dispositivos	• Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso • Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente • Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante
Mobilidade e equilíbrio	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante • Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama • Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Cognitivo	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. • Em caso de hipotensão postural – orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado • Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Fonte: Protocolo de Prevenção de Queda. Ministério da Saúde, 2013

Quadro 7. Fatores de risco e medidas relacionadas em pacientes pediátricos hospitalizados

Fatores de risco	Medidas relacionadas
Idade	Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)
	≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.
	> 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.
	Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)
	≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas.
	> 6 meses ≤ 36 meses: Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).
	> 36 meses: em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.
Diagnóstico	Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
	Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.
	Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.
	Orientar responsável para que a criança somente levante do leito estando acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas.
	Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.
	A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).
	Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.
	Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável.
Fatores cognitivos	Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário
	Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco” de acordo com a faixa etária da criança
História pregressa/atividade	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.

Cont. quadro 7. Fatores de risco e medidas relacionadas em pacientes pediátricos hospitalizados

Fatores de risco	Medidas relacionadas
Cirurgia/sedação/ anestesia	Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.
	Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeça 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama.
	Sair do leito acompanhado pela enfermagem.
	Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).
	O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.
Medicações	Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).
	Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.
	Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.
	Não levantar do leito sozinho.
	Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.
	O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda

Fonte: Protocolo de Prevenção de Queda. Ministério da Saúde, 2013

Quadro 8. Morse Fall Scale em inglês e na versão traduzida para o português do Brasil

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev. esc. Enferm USP. 2013, 43(3): 569-75

Quadro 9. Escala de Humpty Dumpty (pediatria)

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3-7 años	3
	7-13 años	2
	Más de 13 años	1
Género	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación (problemas respiratorios, anemia), deshidratación, anorexia, vértigo.	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otro diagnóstico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado es sus propias capacidades	1
Factores ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente ambulatorio	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de 48 horas	2
	Más de 48 horas/ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos, laxantes/diuréticos narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	Ninguno	1
TOTAL		

< 7 puntos : SIN RIESGO
7-11 puntos: RIESGO BAJO
>12 puntos: RIESGO ALTO

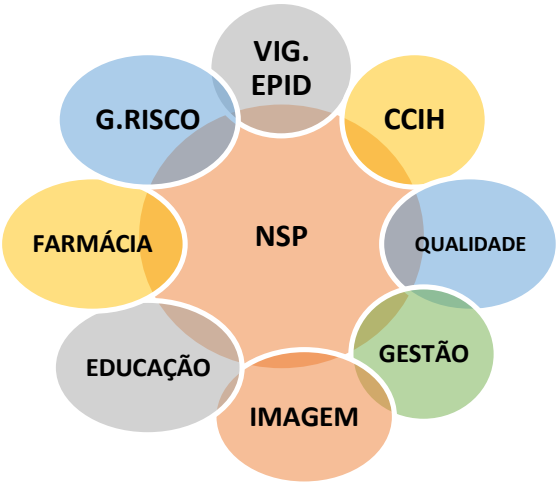
1.1.3 Maior Integração entre Setores

O planejamento e implantação de ações em segurança do paciente não dependem exclusivamente de uma única instância, mas parte do princípio de que o apoio institucional é fundamental para o sucesso da operacionalização dos processos. Rotineiramente o NSP deve ter em sua essência o perfil agregador, para somar esforços na construção da cultura de segurança. Nesse momento de grande desafio não pode ser diferente; é providencial a junção de esforços entre as equipes para o bom funcionamento do serviço.

A comunicação institucional, entre profissionais é uma das principais causas de falha e eventos adversos no mundo; as mudanças decorrentes da pandemia, a tensão medo e estresse dos profissionais mesmo controlados, a rapidez das ações, rotatividade de profissionais e o dinamismo das mudanças são fatores agravantes e assim deve se dar particular atenção a este ângulo, com uso de comunicação em laça fechada, clara e direta, minimizando risco de falhas e eventos adversos. Setores antes um pouco mais estáveis e em ritmo constante estão sendo instados a outro ritmo e fluxo de funcionamento, com protagonismos variáveis para a assistência segura ao paciente e maior eficiência seja atingida.

Portanto, áreas estratégicas precisam estar interligadas e em constante discussão para alinhar ações como: treinamentos, desenho de fluxos, orientação de protocolos dentre outros pontos necessários para o enfrentamento da pandemia, todos os setores tem seu grau de importância nas atividades que exercem, cada instituição define a composição do grupo de trabalho e as diretrizes definidas precisam ser compartilhadas para a melhor comunicação entre todos. A figura 6 a seguir sugere a formação de grupo de discussão em alinhamento com o NSP.

Figura 6. Modelo de grupo de trabalho



1.1.4 GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

O NSP é a instância responsável pelo gerenciamento do risco clínico e a equipe deve tentar manter a rotina de atividades, pois os incidentes continuam ocorrendo e se somam aos desafios enfrentados diariamente na pandemia.

A. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Um sistema interno de identificação, análise e investigação de incidentes deve ser implementado e realizado de forma sistemática e rotineira, pois através da identificação e tratativas dos Eventos Adversos (EAs) é possível planejar melhorias e mitigar riscos.

Os incidentes podem ser coletados por busca ativa, fichas de notificação disponíveis aos colaboradores ou por mecanismos eletrônicos, conforme o serviço disponibilizar. É de suma importância orientar os profissionais quanto ao fluxo definido e meios de notificação como também quais eventos podem ser notificados. Os dados coletados pelo NSP devem ser reportados a Anvisa que é quem recebe todas as notificações do Brasil e as consolida, e, a partir delas estabelece diretrizes nacionais para a segurança do paciente. Para isso, a instituição e o NSP devem estar cadastrados no Sistema de Notificações para Vigilância Sanitária (Notivisa).

A RDC nº 36/2013 da Anvisa, estabelece prazos para a notificação dos EAs, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa. Os EAs que evoluírem para óbito e também os *Never Events* devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

❑ Ações necessárias

- Estimular a notificação de EAs e reforçar a cultura não punitiva para que qualquer profissional possa notificar de modo anônimo ou não, sabendo que não serão punidos;
- Realizar *feedback* ao profissional ou setor notificante como uma forma positiva de agregar mais participantes ao processo;
- Discutir em equipe os EAs ocorridos e avaliar todos os eventos classificados como moderados, graves, óbito e também os *Never Events**;
- Elaborar planos de melhoria e implementar considerando as criticidades dos processos durante a pandemia;
- Considerar a participação em discussões dos profissionais da linha de frente, pois estão diretamente envolvidos nos processos assistenciais e podem ajudar a identificar possíveis “gargalos”;

Nota: Os “*Never Events*” são aqueles eventos adversos que jamais deveriam ocorrer por gerarem dano grave ou mesmo óbito, são eventos preveníveis por meio de ações que identifiquem falhas em processos e fortaleçam a segurança do paciente. A lista atualizada dos 21 *Never Events* classificados pela Anvisa pode ser consultada por meio do link: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>

A cultura de segurança estabelece o aprendizado com os erros que são informados para que se estude o processo de assistência. Raramente falhas são individuais, geralmente é uma sequência de falhas, por erro no desenho do sistema que facilita a quebra de barreiras sequenciais, até a falha ocorrer e atingir ao paciente com dano, que é o que se chama evento adverso.

Considerando a pandemia atual que tem levado a períodos longos de permanência hospitalar, especialmente em leitos de UTI, vários fatores podem contribuir para a ocorrência de incidentes, como por exemplo, lesão por pressão, infecção, Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica dentre outros. Um sistema de vigilância e mitigação dos riscos ajuda a trabalhar estas variáveis e fim de promover qualidade na assistência e cuidado seguro.

B. FERRAMENTAS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DE EVENTOS ADVERSOS

A investigação das causas pode ser realizada por meio de ferramentas de segurança (Figura 7) que auxiliam na análise e proposição de tratativas; a escolha varia de acordo com o grau de maturidade institucional, equipes que estão iniciando a segurança do paciente são recomendadas o uso de ferramentas mais simples e à medida que a equipe adquira expertise, outras mais complexas podem ser exploradas.

Considerando o atual contexto de pandemia que demandou aos serviços preparação e organização dos ambientes para o grande número de atendimentos em função do Covid-19, gerenciar os riscos é uma forma proativa de se antecipar aos eventos e propor medidas de prevenção e controle.

Figura 7. Ferramentas para gestão de risco



❑ **Brainstorming**

Em português, significa tempestade de ideias e é uma técnica usada para gerar ideias dentro de um grupo de pessoas através de soluções interessantes e criativas para resolver o problema; colocam-se tudo que as pessoas pensam sobre um problema ou processo, para depois tentar juntar ideias similares e organizar.

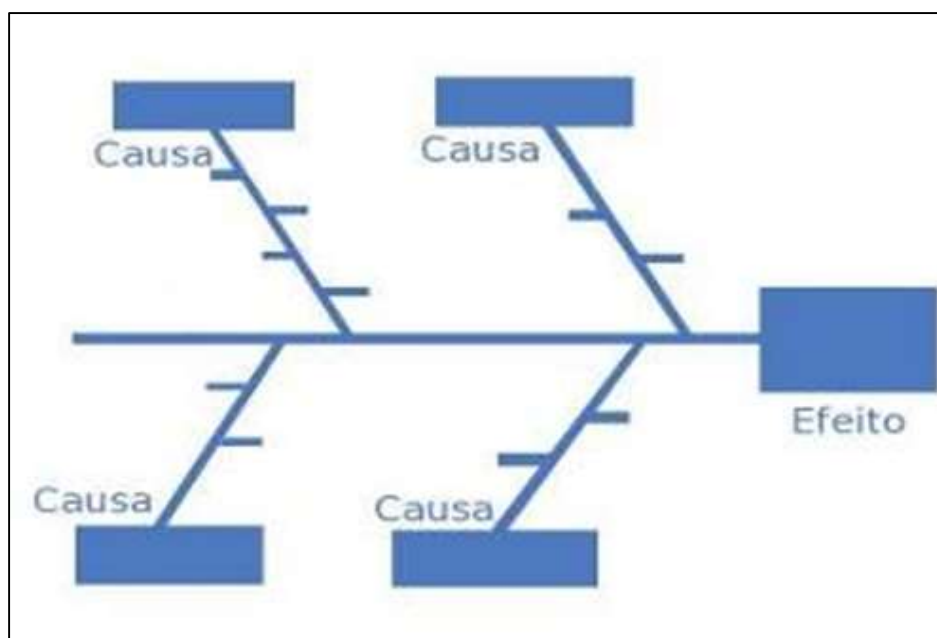
❑ **Diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe ou diagrama de causa e efeito**

Para preencher a figura que se assemelha a uma espinha de peixe, deve ser utilizada de preferência após o brainstorming e as classificar por categorias abaixo assinaladas, colocando em cada ramificação. Desenhar uma seta horizontal direcionada para a direita e nesta que equivale à cabeça se coloca o problema; a espinha central equivale ao processo e cada espinha ramificada a uma categoria em que se classificam as causas apontadas ao detalhe desejado, para que fiquem mais evidenciados.

- **Meio Ambiente** - o problema está no ambiente externo ou interno à instituição. Aqui podem se encaixar a infraestrutura predial, com falta de elevadores ou iluminação, a localização ou falta de acesso, a falta de espaço dentro da unidade, por exemplo.
- **Material** - o problema está no material que está sendo utilizado para realizar o trabalho, e insumos de má qualidade ou inadequados, por exemplo.
- **Mão de Obra** - o problema pode estar em um comportamento errado do trabalhador ou na sua falta de capacidade.
- **Método** - o problema poderá estar na metodologia do trabalho, falta de treinamento ou descrição adequada de cargo, por exemplo.
- **Máquina** - o problema poderá estar numa máquina utilizada para a realização de um processo. Aqui se enquadram os equipamentos de engenharia clínica e sua manutenção, por exemplo.
- **Medida** - o problema poderá estar em uma medida que foi utilizada. Aqui entram os indicadores, com todos os pormenores de meta tendência, periodicidade, fonte etc.

Com isso, a equipe deverá analisar cada causa que contribui para o problema de acordo com os 6M's. Para isso, cada 6M's é inserido dentro de uma categoria e as causas dentro da espinha, e o problema ficaria na “cabeça do peixe”. Depois de fazer esta análise, é preciso propor soluções, com desenvolvimento de planos de ação para cada causa levantada.

Figura 8. Diagrama de Ishikawa



❑ PDCA

O Ciclo PDCA ou SDCA, significa *Plan, Do, Check, Action* (Planejar, Fazer, Verificar e Agir). O método possibilita a organização de processos, não importando a sua natureza, cada processo realizado origina-se em um novo processo até que o produto ou serviço chegue ao cliente. Com isso, o ciclo está constantemente se renovando e melhorando, pois cada etapa é analisada. São quatro fases, a saber:

1. Planejar (Plan)

Nesta fase são definidos os objetivos de cada processo até chegar ao produto/serviço finais requeridos pelo cliente. O planejamento deve ser composto pelos seguintes passos:

- Identificação do Problema
- Estabelecimento de Metas
- Análise do Fenômeno
- Análise do Processo
- Plano de Ação

2. Fazer (Do)

Momento em que o plano será executado, assim os indivíduos que participarem da implantação do ciclo PDCA deverão realizar treinamentos de acordo com o método. Cada processo é realizado, conforme aquilo que foi definido na primeira fase. Assim são coletados dados para uma análise posterior.

3. Checar (Check)

Com a implantação, os processos são analisados através de ferramentas próprias, para verificar se cada processo cumpre aquilo que foi proposto no planejamento, nessa fase erros ou falhas no processo são identificados.

4. Agir (Action)

De acordo com o resultado na etapa “checar”, serão observadas as falhas nos processos e se os objetivos foram atingidos, caso contrário, estes devem ser melhorados e as etapas se reiniciam.

❑ **Melhoria contínua com o ciclo PDCA**

Inicialmente, devem-se definir com clareza os problemas a serem resolvidos. Assim, as pessoas de uma instituição podem fazer uma reunião e lançar as suas ideias. Depois é necessário realizar uma estratégia para que o planejamento seja eficaz e por último, responder as perguntas necessárias.

É formado por várias ações que por meio dos recursos oferecidos pela instituição se transformam em produtos ou serviços para os clientes. Com a utilização do ciclo PDCA, cada processo realizado origina-se em um novo processo até que o produto ou serviço chegue ao paciente, que é a intenção final. Com isso, o ciclo está constantemente se renovando e melhorando, pois cada etapa do processo é analisada. Quando a instituição implementar o ciclo deverá tomar os devidos cuidados para que a sua implementação não seja incorreta. É preciso planejar tudo, estabelecer metas e ir à busca de alcançá-las. Além disso, é preciso checar e procurar melhorar em cada processo. Hoje em dia, tem se usado a variável PDSA para Study, pois têm que se analisar os dados encontrados e estratégias de mudança, corrigindo-os antes de agir novamente.

Esta fase é a de análise dos resultados na gestão, com a qualidade e a ponta, uso de benchmarking para se saber comparativamente a uma instituição que tenha o mesmo processo e ter metas externas de qualidade, além do histórico da unidade e os fatores que podem ter interferido como os colocados na pandemia.

Análise de causa raiz

A Análise de Causa Raiz é uma das inúmeras ferramentas de análise de eventos, ela é altamente aplicável na análise e também na avaliação de riscos. O uso desta ferramenta deve ser indicado oportunamente na gestão de segurança do paciente, na decorrência de eventos que causaram danos graves ou morte do paciente. Assim passa por várias ações como a análise do prontuário com descrição detalhada, realizar entrevistar com a equipe que atendeu ao paciente é muito importante e será de grande contribuição na elucidação do caso.

Esta fase, preferencialmente, deve ser realizada em até 48 horas do episódio ocorrido, pois nossas memórias acabam sendo falhas e nos esquecemos de narrar detalhes importantes que podem ter impacto posterior. Compreender se o evento era evitável é o primeiro produto desta avaliação, seguida da identificação de falhas no sistema e dos fatores contribuintes para a ocorrência do evento. Tendo todas as etapas concluídas, a equipe do NSP e participação da gestão devem avaliar se o evento era evitável e em que instância, e, instituir ações com barreiras que possam evitar a recorrência do evento analisado.

❑ Regras dos cinco por quês

Esta é uma ferramenta de análise de problema para buscar a sua causa raiz. Consiste em perguntar "por quê?" repetidamente sempre que se encontrar um problema, a fim de ir além das questões óbvias, descobrindo a causa raiz. Assim ao invés de tratar apenas a causa imediata, tenta-se buscar simultaneamente a causa mais profunda para analisá-la e posteriormente prover planos de ação para solucionar ou minimizar o problema decorrente. Caso apenas o problema imediato seja resolvido, ele ocorrerá novamente, podendo ser ainda mais grave.

O número cinco, especificamente, não é o que importa. O importante é continuar perguntando até que a causa-raiz seja identificada e eliminada. Na maioria das vezes, cinco respostas são suficientes. No entanto, é importante que seja realizado por pessoas que conheçam o processo e que as perguntas sejam realmente pertinentes, fechando o "cerco". A medida da avaliação de uma análise dos "cinco porquês" quando é bem-sucedida, leva a mudar sua mente sobre qual aspecto deve ser controlado para garantir capacidade do processo.

❑ Plano de ação

O plano de ação é uma ferramenta de gestão que tem como base a elaboração de uma lista com todos os passos necessários para atingir um determinado objetivo. Tem vários modos de ser feitos, e tem que determinar o objetivo, prazo e atores. Na segurança do paciente, uma das ferramentas mais usadas é o 5W2H.

❑ 5 W 2 H

É utilizada para ajudar a planejar as ações. Assim é preciso elaborar um quadro e responder as perguntas: O quê? Quando? Por quê? Onde? Como? Quem? Quanto?

○ Os 5W:

- What (o que será feito?)
- Why (por que será feito?)
- Where (onde será feito?)
- When (quando será feito?)
- Who (por quem será feito?)

○ Os 2H:

- How (como será feito?)
- How much (quanto vai custar?)

Nota: É importante ter uma linha do tempo de fatores que poderão influenciar os resultados e análises dos indicadores como aumento do nº de leitos ou mudança de complexidade, suspensão temporária de cirurgias programadas, por exemplo. A priorização permite mostrar variáveis importantes para planos de ação de melhoria no próprio enfrentamento do Coronavírus.

Minuto de segurança

Um método de ação rápida e proativa. Consiste em conversar diariamente com a equipe *in loco* sobre observações de falhas ocorridas no dia anterior de modo a corrigir equívocos rapidamente, com foco na segurança do paciente e ouvindo as sugestões de planos de ação.

Portanto, é uma lista onde serão respondidas perguntas específicas, a fim de definir uma atividade, solucionar um problema ou tomar decisões. Geralmente se coloca em forma de planilha para clarear. Em qualquer situação, pode-se utilizar esta ferramenta. Inicialmente, deve-se definir com clareza os problemas a serem resolvidos. Depois é necessário realizar uma estratégia para que o planejamento seja eficaz e por último, responder as perguntas necessárias.

De forma geral todas as ferramentas de análise e avaliação de riscos devem permear pela Cultura Justa, Cultura de Segurança do Paciente e, principalmente, utilizar-se da confidencialidade como questão chave neste processo. Tem se avançado muito na reunião de gestão com a família com a prestação de informações e pedidos de desculpas de que se analisará o evento adverso grave explicando um pouco as iniciativas a serem tomadas. Esta iniciativa depende muito do amadurecimento institucional.

C. MONITORAMENTO

A avaliação e controle são etapas fundamentais para o sucesso na implantação de qualquer processo, tendo em vista a necessidade dos serviços de saúde em se adequar a situação atual, o acompanhamento e avaliação de cada etapa do processo são importantes, pois permite ajustes e a redução de desperdícios de recursos financeiros e de tempo.

Certamente, a mensuração de indicadores de segurança do paciente já é realizada pelas equipes e deve ser mantida no período de pandemia. No entanto, o NSP pode apoiar no monitoramento de outros indicadores que podem auxiliar os gestores na tomada de decisão e compreensão do cenário atual, como também preparar para ações futuras.

Alguns indicadores estão sugeridos a seguir:

☐ Indicadores de Gestão

- Tempo Médio de Permanência, geral e por clínicas, inclusive urgências);
- Mortalidade Hospitalar e Institucional (morte ocorrida após mais de 24 horas de entrada na unidade) e Taxa de Infecção hospitalar; Taxa de profissionais com covid, hospitalizados e, afastados e recuperados.

☐ Indicadores relacionados às Metas Internacionais de Segurança do Paciente

- Taxa de identificação de pacientes;
- % de falhas em prescrições e dispensação de medicamentos;
- Taxa de infecção em sítios limpos;
- Índice de queda;
- Adesão aos *Bundles* de Taxa de Infecção relacionados à ventilação mecânica,
- Inserção de cateteres e Infecção de trato urinário por permanência de cateter uretral;
- Cancelamento de cirurgias (motivos clínicos e administrativos);
- % de uso de álcool em gel.

2. EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Os gestores têm enfrentado um grande desafio na organização dos serviços para tentar conduzir a situação de forma mais acertada, além de gerenciar a escassez de suprimentos, equipamentos e profissionais de saúde, consequência dos efeitos da pandemia, o cuidado com os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes de Covid-19 é um fato preocupante, desde o afastamento por adoecimento até os profissionais que assumem a linha de frente com pouca ou nenhuma experiência.

Nesse contexto, a área de gestão de risco clínico pode colaborar na organização de treinamentos, divulgação de conteúdo oficial sobre a doença, sinais e sintomas, meios de transmissão, medidas de prevenção, por meio de material informativo e recomendação de sites governamentais. Considerando que é uma doença nova, as informações se atualizam a medida que os estudos são publicados e os profissionais de saúde que são os maiores protagonistas, precisam estar preparados para atuar nas diversas situações dessa infecção.

É de suma importância que todos os profissionais estejam cientes da corresponsabilidade na sua própria proteção e da equipe, respeitando todas as orientações institucionais para a segurança de todos e do paciente. O cardápio de treinamentos pode variar de acordo com o perfil e especificidade do serviço, o tema muitas vezes é demandado pela área técnica que sinaliza a necessidade e as ferramentas tecnológicas podem ajudar nos treinamentos. (vídeo - aula, web palestras, etc.). A seguir, estão descritas as recomendações gerais sobre temas importantes a serem abordados pela liderança nesse período de pandemia.

No site da Telessaúde/PE está disponível uma variedade de web palestras sobre o enfrentamento da pandemia por Coronavírus, para mais informações acessar:

<https://telessaude.pe.gov.br/ead/>

2.1 Higienização das mãos e política de adornos

A 5ª Meta Internacional de Segurança do Paciente é a higienização das mãos, muito conhecida por todos, nunca esteve tão em evidência como no momento atual. Portanto, devem-se intensificar os treinamentos de preferência práticos para que o profissional execute a técnica corretamente como recomendam os órgãos sanitários. Para isso é fundamental garantir a disponibilidade dos insumos junto aos responsáveis pelo abastecimento, tanto para lavagem de mão como para uso de álcool em gel aonde não disponível ou necessário por lei e praticidade assistencial seja a empresa que presta o serviço ou gestor competente. Outra importante recomendação é sobre a adoção de medidas para a política de adornos (pulseiras, alianças, relógios etc.); evidências mostram que o uso desses objetos em ambiente hospitalar aumenta a propagação de vírus e bactérias e, portanto, essa má prática precisa ser abolida.

Recomenda-se, reforçar in loco, as observações e correções educativas, sem registro escrito para que não haja não contaminação de objetos compartilhados (como caneta, por exemplo), mas sim registro fotográfico ocasional, tirando dúvidas e sendo um agente facilitador com o setor de educação, ampliando para recepção, maqueiros, administrativos e outros trabalhadores de apoio além da equipe assistencial direta.

2.2 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Para orientação dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente na assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus, o serviço de saúde deve definir um protocolo com recomendações sobre os EPI, considerando questões como uso correto, local e técnica de retirada segura, durabilidade, avaliação da integridade, acondicionamento e descarte; como sugestão, o documento pode ser construído em consenso entre a CCIH, NSP e comissão de resíduos.

Reiterar que devem ser objetivos a minimização de riscos de contágio de profissionais, de propagação ambiental do Coronavírus e de manutenção deste em áreas e superfícies, além do uso racional de EPI. Assim, deve-se ter as precauções padrão mantidas, e de gotículas. Se houver proximidade de menos de 1 metro ou área coorte, as de contato e na produção de aerossóis, a de aerossol com máscara respiratória e outros.

2.3 Indicação do Uso de EPI

O uso racional dos EPI deve ser fortemente trabalhado na instituição, pois diante do estado de pandemia o qual o país enfrenta, a escassez de recursos é uma dura realidade, sejam eles financeiros, humanos e inclusive materiais. Temos que aprender a vencer os desafios e otimizar os recursos disponíveis para que todos possam ter o mesmo direito a proteção, especialmente os profissionais mais expostos à contaminação pelo vírus.

No quadro a seguir disponibilizamos as recomendações da Anvisa para medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a pandemia para casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus nos serviços de saúde.

Quadro 10. Recomendações de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde.

SERVIÇOS HOSPITALARES			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Recepção do serviço/ cadastro	Profissional da recepção, segurança, entre outros	Qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - Máscaras de tecido - Instalar barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc). Observação: Se não for garantido o distanciamento de 1 metro do paciente deve ser utilizado máscara cirúrgica, durante as atividades
Triagem	Profissionais de saúde	Triagem preliminar	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara cirúrgica
	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscaras de tecido
Áreas de assistência a pacientes (por exemplo, enfermarias, quartos, consultório)	Todos os profissionais do serviço de saúde	Qualquer atividade dentro dessas áreas	- higiene das mãos - máscara cirúrgica (+ outros EPIs de acordo com as precaução padrão e, se necessário, precauções específicas) - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Quarto / Área / Enfermaria / Box de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19	Profissionais de saúde	Durante a assistência, sem procedimentos que possam gerar aerossóis	- higiene das mãos - óculos ou protetor facial - máscara cirúrgica - avental - luvas de procedimento - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
		Durante a realização de procedimentos que possam gerar aerossóis	- higiene das mãos - gorro descartável - óculos de proteção ou protetor facial - máscara N95/PFF2 ou equivalente - avental - luvas de procedimento Observação: Em áreas coletivas em que há procedimentos geradores de aerossóis é necessário a avaliação de risco quanto a indicação do uso máscara N95/PFF2 ou equivalente pelos outros profissionais dessa área, que não estão envolvidos diretamente com esse procedimento
	Profissionais da higiene e limpeza	Realizam a higiene do quarto/área/box do paciente	- higiene das mãos - óculos ou protetor facial (se houver risco de respingo de material orgânico ou químico) - máscara cirúrgica (substituir por máscara N95/PFF2 ou equivalente, se precisar realizar a higiene do quarto/área/box em que há a realização de procedimentos geradores de aerossóis Atenção: essa situação deve ser evitada, mas se for imprescindível que essa higienização seja feita nesse momento, deve-se usar a máscara N95/PFF2 atendendo as orientações definidas pela CCIH do serviço de saúde). - avental (se houver risco de contato com fluidos ou secreções do paciente que possam ultrapassar a barreira do avental de contato, o profissional deve usar avental impermeável) - luvas de borracha de cano longo - botas impermeáveis - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

Cont. Quadro 10. Recomendações de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde.

SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Quarto / Área / Enfermaria / Box de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19	Acompanhantes	Permanecem no quarto/área/box do paciente	- higiene das mãos - máscara cirúrgica - avental - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - orientar o acompanhante a sair do quarto/área/box do paciente quando for realizar procedimentos gerador de aerossol
Áreas administrativas	Todos profissionais, incluindo profissionais de saúde que não atendem pacientes	Tarefas administrativas e qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscaras de tecido - Se necessário e possível, instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc). Observação: Se não for garantido o distanciamento de 1 metro do paciente deve ser utilizado máscara cirúrgica, durante as atividades
Centro de Material e Esterilização – CME	Profissionais que realizam as várias etapas do processamento de produtos para saúde	Recepção, limpeza, preparo/acondicionamento/inspeção	- Os EPIs desse setor são definidos no anexo da RDC 15/2012, de acordo com o tipo de atividade: recepção, limpeza, preparo/acondicionamento/inspeção e área de desinfecção química). Para todas essas atividades há a indicação do uso de máscara cirúrgica. - Em casos de limpeza manual com potencial para aerossolização, como por exemplo, limpeza manual com o uso escovas, o profissional que está realizando esse procedimento deve utilizar máscaras N95/PFF2 ou equivalente.
Unidade de processamento de roupas de serviços de saúde	Profissionais que realizam as várias etapas do processamento de produtos para saúde	Coleta de roupa suja, transporte da roupa suja, área suja e área limpa	- Os EPIs dessa unidade são definidos de acordo com o tipo de atividade e local (coleta de roupa suja, transporte da roupa suja, área suja e área limpa). E estão descritos no capítulo 8 do manual de processamento de roupas de serviços de saúde, publicado pela Anvisa e disponível em http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf
SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Laboratório	Profissionais de saúde do laboratório	Manipulação de amostras respiratórias	- higiene das mãos - óculos ou protetor facial (se houver risco de respingos) - máscara cirúrgica (substituir por máscara N95/PFF2, caso haja risco de geração de aerossol durante a manipulação da amostra) - avental - luvas
SERVIÇOS AMBULATORIAIS			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Consultórios	Profissionais de saúde	Realização de exame físico em pacientes com sintomas respiratórios	- higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica - avental - luvas de procedimento
		Realização de exame físico em pacientes sem sintomas respiratórios	- higiene das mãos - máscara cirúrgica (+ EPI de acordo com as precaução padrão e, se necessário, precauções específicas)
	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscaras de tecido
	Profissionais da higiene e limpeza	Após e entre as consultas de pacientes com sintomas respiratórios	- higiene das mãos - máscara cirúrgica - outros EPIs conforme definido para o serviço de higiene e limpeza
SERVIÇOS AMBULATORIAIS - continuação			

Cont. Quadro 10. Recomendações de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde.

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Sala de espera	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - máscara cirúrgica - colocar o paciente imediatamente em uma sala de isolamento ou área separada, longe dos outros pacientes; se isso não for possível, assegure distância mínima de 1 metro dos outros pacientes - manter o ambiente higienizado e ventilado
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - máscara de tecido - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
Áreas administrativas	Todos profissionais, incluindo profissionais de saúde que não atendem pacientes.	Tarefas administrativas e que qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes.	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscaras de tecido - Se necessário e possível, instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc). Observação: Se não for garantido o distanciamento de 1 metro do paciente deve ser utilizado máscara cirúrgica, durante as atividades
Recepção do serviço/ cadastro	Profissional da recepção, segurança, entre outros	Qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - Máscaras de tecido - Instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc). Observação: Se não for garantido o distanciamento de 1 metro do paciente deve ser utilizado máscara cirúrgica, durante as atividades
SERVIÇOS AMBULATORIAIS - continuação			

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Triagem	Profissionais de saúde	Triagem preliminar	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara cirúrgica
	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscaras de tecido
SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Profissionais de saúde	Transporte/atendimento pré-hospitalar de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 para serviços de saúde (referência ou não).	- higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica ou trocar por máscara N95/PFF2 ou equivalente (caso seja realizado procedimento que possa gerar aerossóis) - avental - luvas de procedimento
		Transporte/atendimento pré-hospitalar de pacientes com outros diagnósticos (não é suspeito ou confirmado de COVID-19)	- higiene das mãos - máscara cirúrgica (EPI de acordo com as precaução padrão e, se necessário, precauções específicas)

Cont. Quadro 10. Recomendações de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde.

SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA- continuação			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Motorista	Envolvido apenas na condução do paciente com suspeita de doença COVID19 e o compartimento do motorista é separado do paciente suspeito ou confirmado de COVID-19	- higiene das mãos - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscaras de tecido
		Auxiliar na colocação ou retirada de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19	- higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica - avental - luvas de procedimento
		Nenhum contato a menos de 1 metro do paciente com suspeita de COVID-19, mas nenhuma separação entre os compartimentos do motorista e do paciente	- higiene das mãos - máscara cirúrgica ou trocar por máscara N95/PFF2 ou equivalente (caso seja realizado procedimento que possa gerar aerossóis)

SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA - continuação			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Paciente com sintomas respiratórios	Transporte de pacientes com sintomas respiratórios para serviços de saúde	- Higiene das mãos - máscara cirúrgica - melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte (ar condicionado com exaustão que garanta as trocas de ar ou manter as janelas abertas)
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Transporte de pacientes sem sintomas respiratórios para serviços de saúde (referência ou não)	- Higiene das mãos - máscara de tecido
	Profissionais responsáveis pela limpeza e desinfecção do veículo	Limpeza e desinfecção do interior do veículo, após o transporte de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 para os serviços de saúde	- higiene das mãos - máscara cirúrgica - outros EPIs conforme definido para o serviço de limpeza e desinfecção

Fonte: Nota Técnica Anvisa nº 07/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>

2.4 PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO

Conforme o tipo de assistência a ser prestada, todos os profissionais de saúde devem receber treinamento quanto às medidas de precaução (figura 10), paramentação e especialmente na desparamentação dos EPI (figura 11), pois esse é momento de maior risco de contaminação profissional.

❑ PARAMENTAÇÃO

- Antes de entrar no setor de isolamento
- Seguir regras MT ANVISA NR 32, usando blusa fechada, calça comprida e sapato fechado cobrindo peito do pé, de preferência lavável e sem qualquer adorno. Não entrar com caneta, papel, celular, outros objetos ou dispositivos eletrônicos.
- Lavar as mãos com água e sabão, por no mínimo 30 segundos, com a técnica correta) ou higienizar com solução alcoólica a 70 % (por no mínimo 20 segundos), executando a técnica recomendada pela ANVISA.
- Colocar avental ou capote impermeável e amarrar as tiras na parte de trás.
- Colocar máscara cirúrgica, sem cruzar elásticos ou tiras e deixando – a bem adaptada no rosto pelo ajuste nasal, nunca tocar a parte da frente da máscara;
- Colocar óculos de proteção individual, ou protetor facial (*“face shield”*)
- Ao entrar no setor de isolamento ou imediatamente o mais próximo possível antes
- Higienizar as mãos com preparação alcoólica, por no mínimo 20 segundos
- Calçar as luvas de procedimento, colocando os punhos sobre o avental.

© Em casos geradores de aerossóis

1. Colocar avental ou capote impermeável, amarrando as tiras atrás e fechando o velcro ou tira em região cervical
2. Colocar máscara de proteção respiratória (N95, PFF2 ou superior)
3. Colocar primeiro o elástico de inferior e depois o superior, ajustar a parte sobre o nariz fazendo teste de passagem do ar colocando indicador e polegar sobre a região e sentindo se sai ar; caso positivo, reajustar. Inspirar e sentir a máscara sendo puxada para dentro mostrando sua boa vedação
4. Colocar óculos de proteção individual ou protetor facial, de preferência, se disponível, pois protege mais de fômites e a própria máscara N95
5. Colocar gorro ou touca descartável
6. Seguir demais passos acima descritos.

☐ DESPARAMENTAÇÃO

© No setor de isolamento

1. Retirar as luvas enluvada; Tocar a parte interna do punho da mão enpuxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta; Segurar a luva removida com a outra mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retirar a outra luva; Jamais sair do quarto ou área de isolamento com as luvas. E descartar as luvas em recipiente apropriado;
2. Não devem ser utilizadas duas luvas para o atendimento dos pacientes, esta ação não garante mais segurança à assistência;
3. Higienizar as mãos com preparação alcoólica, por no mínimo 20 segundos, com a técnica correta;
4. Desamarrar o avental ou capote descartável, pelas tiras de trás e invertendo – o; descartar em lixo apropriado dentro do quarto do isolamento, distando 2 metros do paciente no mínimo;
5. Higienizar as mãos com preparação alcoólica, com a técnica correta por no mínimo 20 segundos.

© Para saída do setor de isolamento

1. Higienizar as mãos com preparação alcoólica, por no mínimo 20 segundos, com a técnica correta;
2. Retirar óculos de proteção individual ou protetor facial* e lavar com água e sabão, depois passando degermante ou álcool 70% neles e guardar;
3. Retirar máscara N95 por trás, sem tocar a frente, contaminada, e desprezar em lixo biológico na sala de desparamentação;
4. Realizar a limpeza dos óculos de proteção individual ou protetor facial com água e sabão/detergente e desinfecção com álcool 70% ou degermante.

© Em casos geradores de aerossóis

1. Retirar as luvas de procedimento, tirando a primeira puxando – a pelo centro, possivelmente contaminado e invertendo-a e a segunda por dentro e invertendo-a;
2. Higienizar as mãos com preparação alcoólica, por no mínimo 20 segundos, com a técnica correta;
3. Desamarrar o avental ou capote descartável, pelas tiras de trás e invertendo – o; descartar em lixo apropriado dentro do quarto do isolamento, distando 2 metros do paciente no mínimo;
4. Higienizar as mãos com preparação alcoólica, com a técnica correta por no mínimo 20 segundos;
5. Desamarrar o avental ou capote descartável, pegando pelas tiras de trás, invertendo-o e desprezando-o na lixeira biológica próxima;
6. Higienizar as mãos com preparação alcoólica, por no mínimo 20 segundos.
7. Realizar a limpeza e desinfecção dos óculos de proteção ou protetor facial com água e sabão/detergente e desinfecção com álcool a 70% ou produto degermante.

Sugestão: acesse aos cartazes da colaborativa PROADI SUS

<https://coronavirus.saude.gov.br>

E vídeo de colocação e retirada do EPI - AMIB:

<https://www.youtube.com/watch?v=PBQggmyuBqc>

Observações constantes na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 da ANVISA

☐ Máscara de Proteção Respiratória

As máscaras de proteção de respirador particulado são de uso individual devem estar apropriadamente ajustadas à face do profissional (N95/PFF2 ou equivalente, N99, N100 ou PFF3).

☐ Excepcionalidades devido à alta demanda por máscaras N95/PFF2 ou equivalente:

- Devido ao aumento da demanda causada pela emergência de saúde pública da Covid-19, as máscaras de proteção respiratória (N95/PFF2 ou equivalente) poderão, excepcionalmente, ser usadas por período maior ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante, desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que sejam seguidas, minimamente, as recomendações abaixo:
- Com objetivo de minimizar a contaminação da máscara N95/PFF2 ou equivalente, se houver disponibilidade, o profissional de saúde deve utilizar um protetor facial (*face shield*), pois este equipamento protegerá a máscara de contato com as gotículas expelidas pelo paciente.
- O serviço de saúde deve definir um Protocolo para orientar os profissionais de saúde, minimamente, sobre o uso, retirada, acondicionamento, avaliação da integridade, tempo de uso e critérios para descarte das máscaras N95/PFF2 ou equivalente. Este Protocolo deve ser definido pela CCIH em conjunto com as equipes das unidades assistenciais.
- Os profissionais de saúde devem inspecionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.
- Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara à face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.

IMPORTANTE!! Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, a mesma deverá ser descartada imediatamente.

Observação 1

O profissional de saúde **NÃO** deve usar a máscara cirúrgica sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez.

Observação 2

Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na sua superfície interna e a acondicione de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso. Para isso, pode ser utilizado um saco ou envelope de papel, embalagens plásticas ou de outro material, desde que não fiquem hermeticamente fechadas. Os elásticos da máscara deverão ser acondicionados de forma a não serem contaminados e de modo a facilitar a retirada da máscara da embalagem.

Observação 3

O tempo de uso da máscara N95/PFF2 ou equivalente, em relação ao período de filtração contínua do dispositivo, deve considerar as orientações do fabricante.

O número de reutilizações da máscara, pelo mesmo profissional, deve considerar as rotinas orientadas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do serviço de saúde e constar no Protocolo de reutilização.

(NT nº 04/2020, Anvisa)

Figura 9. Medidas de precaução Anvisa



Figura 10. Desparamentação. Anvisa, 2020.



3. ORIENTAÇÕES A PACIENTES E FAMILIARES

ORIENTAÇÕES A PACIENTES E FAMILIARES

Estabelecer critérios para visitas e/ou permissão para acompanhantes de acordo com normas estaduais vigentes; ou institucionais;	Estimular a implementação de visitas em que uma equipe de acolhimento e comunicação entra em contato com a família do paciente para aplicar a visita virtual, se ele estiver em condições de comunicação estabelece contato visual e se não o estiver, faz-se comunicação verbal, colocando próximo ao paciente para que escute vozes dos seus familiares;	Estabelecer este time, meio de comunicação por <i>tablet</i> ou celular e familiar escolhido para o contato. Pode ser consultado o Projeto Visita.com da SES em que consta todo o passo a passo e fluxograma de visitas virtuais e boletim médico;	Nos casos em que houver permissão para acompanhante, deve-se fornecer máscara cirúrgica; dar as orientações sobre higienização das mãos, diminuição de toque em superfícies e demais prevenções de contágio;	Sensibilizar os profissionais a identificar-se para o paciente o qual prestará o cuidado;	Sensibilizar os profissionais quanto a prestar informações aos pacientes e familiares, como quadro clínico, evolução da doença e plano terapêutico;
--	--	--	--	---	---

O boletim médico é também uma comunicação à distância, via telefônica entre o time de comunicação e a família, preferencialmente, as informações devem ser repassadas pelo médico assistente em horários diários e bem estabelecidos. Para que a mensagem seja padronizada e completa, recomenda-se o uso de instrumento baseado no SBAR e que o local seja reservado. Este time usualmente também será o de comunicação de óbitos, alternativamente a equipe de assistência direta se houver necessidade, sendo imediata a comunicação, com compaixão e clareza. Se a razão for o Covid-19, deverão ser dadas as orientações específicas de não visualização do corpo, inexistência de velório e o imediatismo na busca deste, conforme orienta Nota Técnica nº 04/2020 CIEVS PE.

IMPORTANTE!!
Comunicar-se de forma simples e clara com o paciente e familiar para melhor entendimento da situação.

4. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Não há uma orientação especial quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus. O processamento deve ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso e orientação dos fabricantes e dos métodos escolhidos. Além disso, devem ser seguidas as determinações previstas na RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e na RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Equipamentos, produtos para saúde ou artigos para saúde utilizados em qualquer paciente devem ser recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros pacientes, profissionais ou ambientes. Por isso é importante frisar a necessidade da adoção das medidas de precaução na manipulação desses materiais. O serviço de saúde deve estabelecer fluxos, rotinas de retirada e de todas as etapas do processamento dos equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados durante a assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus.

5. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES HOSPITALARES E EQUIPAMENTOS

A higiene é uma atividade essencial para a prevenção de infecções e segurança de todos que transitam no ambiente hospitalar. Os serviços de saúde têm usualmente contrato com empresas terceirizadas para a higiene de ambientes hospitalares com divisão das áreas conforme a natureza de criticidade. Neste momento, todas as áreas chamadas coorte ou que atendem pacientes com suspeitas ou confirmação de Covid-19 têm que ser consideradas críticas, com aumento significativo da frequência de higienização, uso estrito dos produtos indicados pela norma técnica da Anvisa, e com uso de EPIS pelos profissionais. Atentar ao descarte no lixo infectante e fluxo novo determinado a seguir com este. As áreas comuns por onde transitem pacientes têm que ser semicríticas e serem mais higienizadas. Nas áreas coorte, tudo é crítico. Considerar também semicríticos necrotério e sala de velório.

Os elevadores merecem especial atenção pelo potencial de contaminação por ser ambiente fechado e pequeno. Recomenda-se alta frequência de higienização e caso haja exclusivos para pacientes suspeitos, a higiene deve ser reforçada. Todas as áreas de repouso e nutrição dos profissionais que estão nas áreas coorte ou atendem os pacientes portadores ou suspeitos da doença têm que ser mais higienizadas, atentando a bordas de camas, superfícies comuns de TV, computadores, mesas e criados mudos entre outros além dos banheiros. As áreas de circulação comum por onde transitam.

Os serviços de saúde devem ter disponíveis normas e rotinas para desinfecção de superfícies, equipamentos e instrumentos de trabalho, bem como definir os responsáveis por cada ação, dentre algumas orientações a seguir:

❑ Orientações para limpeza e desinfecção de ambientes hospitalares e equipamentos

Rotina para limpeza concorrente, imediata e terminal; a desinfecção das superfícies das unidades de isolamento só deve ser realizada após a sua limpeza. Os desinfetantes com potencial para desinfecção de superfícies incluem aqueles à base de cloro, alcoóis, alguns fenóis e alguns iodóforos e o quaternário de amônio. Sabe-se que os vírus são rapidamente inativados pelo álcool a 70% e pelo cloro. Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies do isolamento com detergente neutro seguida da desinfecção.			
Padronização de saneantes regularizados pela Anvisa; com uma destas soluções desinfetantes ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, desde que seja regularizado junto à Anvisa e validado pela CCIH	Treinamento sistemático dos colaboradores;	Realizar visitas rotineiras para inspeção dos ambientes;	Conscientização dos profissionais quanto à higienização com álcool a 70% dos instrumentos de trabalho (estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, etc.) utilizados na assistência, principalmente após o uso no paciente;
Intensificar a limpeza e desinfecção de superfícies com provável contaminação e próximas ao paciente (por exemplo, grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição, etc.) e superfícies frequentemente tocadas no ambiente (por exemplo, maçanetas, grades dos leitos, interruptores de luz, etc.)			
Estabelecer fluxo para limpeza e desinfecção de ambulâncias e equipamentos após realização do transporte;	Estabelecer rotina de limpeza e desinfecção do setor de imagem;	Estabelecer rotina de limpeza e desinfecção de aparelhos de USG especialmente os que ficam disponíveis no setor de emergência e UTI;	

6. PROCESSAMENTO E RECOLHIMENTO DE ENXOVAL HOSPITALAR

O serviço de saúde deve dispor de protocolos com orientações sobre todas as etapas do processamento de roupas como também realizar capacitação dos profissionais envolvidos, de forma a garantir o uso racional e seguro dos enxovais hospitalares. Considerando os cuidados quanto ao Covid-19 não é necessário adotar um ciclo de lavagem especial podendo seguir o mesmo processo e produtos já estabelecidos. No entanto, algumas recomendações são necessárias:

- Estabelecer fluxos e periodicidade de recolhimento dos enxovais;
- Estabelecer rotinas e procedimentos e realizar treinamentos para o manuseio de roupas provenientes de pacientes Covid-19 e profissionais que os atendam;
- Garantir EPI para a equipe do serviço de lavanderia;
- Estabelecer rotina de limpeza e desinfecção do setor.

Todo o enxoval usado pelo paciente e acompanhante deve ser recolhido pela higiene ou se necessário profissional de saúde paramentado e colocado em recipiente fechado identificado nos setores coorte para recolhimento e lavagem. Os uniformes cirúrgicos usados em muitas unidades pelos profissionais e enxovais devem ser colocados em recipiente identificado fechado no setor de mais próximo a área coorte, identificado para posterior recolhimento por pessoa paramentada e encaminhamento ao setor de lavanderia, em fluxo não cruzado determinado.

7. DESCARTE DE RESÍDUOS

O gerenciamento dos resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 deve seguir os mesmos cuidados no manuseio de resíduos biológicos. O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecido pela instituição e aprovado pela Visa local deve conter orientações para o manuseio e descarte adequados.

Devido à necessidade de adequação das unidades de saúde, para reorganização especial e estrutural de setores, mediante pandemia, faz-se necessário um adendo ao PGRSS para definição de fluxos específicos; esses resíduos são enquadrados como categoria A1 classe 3 e por isso algumas medidas devem ser mantidas, conforme demonstrado abaixo.



❑ Cont. DESCARTE DE RESÍDUOS

Os recipientes para acondicionamento dos resíduos devem ser de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados;

Todo EPI incluindo toucas e máscaras provenientes da assistência ao paciente devem ser descartados em resíduo biológico;

Todas as áreas de apoio que estejam diretamente em atendimento ao paciente devem ter recipientes biológicos para o descarte;

Resíduos orgânicos e materiais descartáveis, assim como resíduos de banheiro devem ser desprezados em recipiente biológico;

Na desparamentação deve-se seguir o fluxo estabelecido para descarte dentro da enfermaria ou box.

A RDC/ANVISA nº 222/18 aponta e descreve o manejo adequado em todas as etapas do Gerenciamento de Resíduos, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

- **Para mais detalhes, consultar:**

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410

- **Classificação dos agentes biológicos MS:**

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_3ed.pdf

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um princípio fundamental no cuidado em saúde, infelizmente falhas na assistência acontecem com muita frequência tendo em vista o número elevado de mortes em decorrência de eventos adversos, tendo tanta significância pelo quantitativo, iatrogenia e evitabilidade, que é hoje uma prioridade de saúde global pela OMS, um dos 10 desafios desta. Nesta época de pandemia, com mudanças em todos os processos de assistência, sendo acrescidos em complexidade ou mudados de local e frequência, com grande aporte de profissionais ainda não experientes ou desconhecedores da unidade, com o fator emocional do profissional com medo de contaminação, possível adoecimento e ser vetor de transmissão para sua família, tensionamento máximo do sistema de saúde e escassez possível de insumos e medicamentos, desconhecimento do novo vírus e como tratar, entre outros são todos fatores de risco que devem ser minimizados com o apoio de todos, usando também os preceitos e o eixo horizontal da segurança do paciente

Atentar às mudanças em curso nas instituições pelo enfrentamento do Covid-19, estabelecendo novos fluxos e documentos juntos às áreas de gestão e divulgando-os com datas ou versões para serem seguidos, ressaltando mudanças maiores para descontinuidade de fluxo anterior; uma das principais questões que gera falhas de assistência evitáveis continua sendo a de comunicação entre profissionais e a institucional.

No período em que se enfrenta uma pandemia causada pelo Coronavírus, espera-se que a produção deste material tenha contribuído de alguma forma para o direcionamento de ações no contexto da segurança do paciente, pois agora mais do que nunca precisam ser colocadas em prática, a atitude colaborativa e de corresponsabilidade são o guia que norteia a saúde como um todo e a segurança na assistência deve ser a meta a se buscar sempre.

Novas diretrizes serão divulgadas à medida que os estudos avançam, pois não se sabe tudo sobre a doença; é muito importante que os NSP estejam atentos às atualizações científicas e recomendações governamentais para o manejo da situação em apoio à gestão e a solidez em suas ações.

9. LISTA DE QUADROS E FIGURAS

○ Figuras

1. Atividades propostas para enfrentamento da Pandemia
2. Projeto Visita.com
3. Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente
4. Momentos para higienização das mãos
5. Higienização das mãos com água e sabão líquido e Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica
6. Modelo de Grupo de trabalho
7. Ferramentas para Gestão de Riscos
8. Diagrama de Ishikawa
9. Medidas de precaução da ANVISA
10. Desparamentação ANVISA 2020

○ Quadros

1. Modelo de roteiro SBAR
2. Lista de verificação Segurança Cirúrgica
3. Escala de Braden
4. Escala de Braden Q
5. Fatores de risco para queda e medidas relacionadas em paciente hospitalizado
6. Fatores de risco para queda e medidas relacionadas em paciente pediátrico hospitalizado
7. Morse Fall Scale em inglês e traduzido para português do Brasil
8. Escala de Humpty-Dumpty (pediatria)
9. Recomendações a serem implementadas para prevenção e controle de disseminação do novo Coronavírus (SARS cov 2) em Serviços de Saúde

10. REFERÊNCIAS:

1. AMIB – Equipamentos de proteção Individual – EPI na UTI, a segurança da equipe é fundamental. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/07/COVID-19_seguranca_equipev14032020_18h16.pdf
2. ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-COV-2). (versão 4, atualizada em 08/05/2020)
3. ANVISA, NOTA TÉCNICA Nº 26/2020/SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA Processo nº 25351.911971/2020-80 Ementa: Recomendações sobre produtos saneantes que possam substituir o álcool 70% na desinfecção de superfícies, durante a pandemia da COVID-19. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/SEI_ANVISA+-+0964813+-+Nota+T%C3%A9cnica.pdf/71c341ad-6eec-4b7f-b1e6-8d86d867e489
4. ANVISA. Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos da Anvisa, disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf
5. ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 22/2020/SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA. Recomendações e alertas sobre procedimentos de desinfecção em locais públicos realizados durante a pandemia da COVID-19. disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/2857848/5624592/Nota+T%C3%A9cnica_Desinfec%C3%A7%C3%A3o+cidades.pdf/f20939f0-d0e7-4f98-8658-dd4aca1cbfe5
6. Boletim ISMP – Instituto para Práticas Seguras no Uso de medicamentos. Volume 8, nº 3, fevereiro/2019. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>
7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/coronavirus>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (ANVISA). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-deaz/coronavirus>

- 9.** Classificação das Lesões por Pressão. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e a Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Consenso da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
- 10.** CIEVS. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco, acesso: <https://www.cievspe.com/>
- 11.** Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>
- 12.** Estratégias para a Segurança do Paciente, REBRAENSP – Pólo/RS, disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/>
- 13.** Grupo força colaborativa covid-19 Brasil – Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento social de pacientes com Covid-19, versão 13.04.2020. Disponível em: <https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2020/04/58d801e961f64463109881311316e4e661d8a1e865fb7638ad61c0827cd83430.pdf>
- 14.** Instituto Brasileiro em Segurança do Paciente (IBSP). Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/>
- 15.** Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/cirurgia-segura-10-pontos-que-devem-estar-no-checklist/>
- 16.** Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES): <http://www.ibes.med.br/o-que-e-dupla-checagem-de-medicamentos-e-quando-devo-executa-la/>
- 17.** Manual de Recomendações da International Society for Quality in Health Care (ISQUA) em Segurança do Paciente a partir de lições da experiência italiana. Acesso em 18 de maio 2020. Disponível em: https://setorsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/04/Isqua_INSH_Recomendacoes_Covid19_Experiencia_Italia.pdf
- 18.** Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde - Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, versão 1. Manejo de corpos no contexto do Novo Coronavírus (COVID-19), publicada em 25 de março de 2020, Brasília - Distrito Federal. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

19. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 04/2017. Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+04-2017/2bbdb035-4356-4512-841e-8ef5ddbdbc75>

20. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017 Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. Anvisa. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>

21. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 7 /2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-COV-2 (COVID 19) dentro dos serviços de saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Publicada em 08/05/2020. Revisão1: 05/08/2020. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GVIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>

22. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde - Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Projeto Visitas.com- visitas virtuais que aproximam pacientes, famílias e equipes de saúde. Orientações para a realização de visitas virtuais e emissão de Boletim Médico de Paciente com Covid – 19, abril de 2020. Disponível em:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/projeto_visitas.com-manual_de_orientacoes_final_-capa_logo_2.pdf

23. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Nota técnica Orientações sobre manejo de corpos em pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19. Disponível em: https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_547a27412b364d19b835e14fcf556218.pdf

24. Portaria GM/Ministério da Saúde Nº 529/2013 disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

25. Práticas Seguras para Prevenção de Erros na Administração de Medicamentos, Anvisa. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-12>

26. Práticas Seguras para Prevenção de Erros de Identificação, Anvisa. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-9>

- 27.** Práticas Seguras para Prevenção de Danos Cirúrgicos, Anvisa. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/praticas-seguras-para-prevencao-de-danos-cirurgicos>
- 28.** Protocolo de Assistência a Pacientes com Suspeita ou Infecção Confirmada pelo Covid-19 Dentro do Centro Cirúrgico. Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas. EBSERH. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/222842/0/POP+Covid-19+Centro+Cir%C3%BArgico/31a79101-caed-42c8-89f4-a75340133157>
- 29.** Protocolo de Prevenção de Lesão Por Queda, Ministério da Saúde – ANVISA – FIOCRUZ. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>
- 30.** Protocolo de Identificação do Paciente, Ministério da Saúde – ANVISA – FIOCRUZ. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>
- 31.** Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Ministério da Saúde – ANVISA – FIOCRUZ - FHEMIG. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
- 32.** Protocolo de Cirurgia Segura, Ministério da Saúde – ANVISA – FIOCRUZ. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura?category_id=176
- 33.** Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz – 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos>
- 34.** Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão. Ministério da Saúde – ANVISA- FIOCRUZ. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>
- 35.** Projeto *Lean*. Disponível em: <https://www.lean.org.br/conceitos/20/cinco-porques---metodo-de-analise-de-problema-para-buscar-sua-causa-raiz.aspx>, acesso em 27 de maio de 2020.

- 36.** PROADI SUS Colaborativa Saúde em Nossas Mãos. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br>, acesso em 27 de maio de 2020.
- 37.** Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 36/2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf
- 38.** Segurança do Paciente: Como Otimizar a Passagem de Plantão e a Ronda Multidisciplinar – SECAD. Disponível em: www.secad.com.br, acesso em 19 de maio de 2020.
- 39.** Sociedade Brasileira para Qualidade e Segurança do Paciente (SOBRASP). Disponível em: <https://www.sobrasp.org.br/covid19>
- 40.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Manejo Novo Coronavírus (Covid-19) acesso em 13 de maio 2020. Disponível em: <https://medicallsuite.einstein.br/pratica-medica/Documentos%20Doencas%20Epidemicas/Manejo-de-casos-suspeitos-de-sindrome-respiratoria-pelo-COVID-19.pdf>
- 41.** Solução Prática para Segurança do Paciente: Comunicação nas Transições do Cuidado (*Hand-offs*), Patient Safety Movement. Disponível em: <https://patientsafetymovement.org/>
- 42.** Tipos recomendados de equipamentos de proteção individual no contexto do covid-19, de acordo com o tipo de ambiente, pessoa alvo e tipo de atividade. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Tabela-Traduzida-EPI-OMS.pdf.pdf.pdf.pdf.pdf>
- 43.** URBANETTO, Janete de Souza et al. Morse Fall Scale: Tradução e Adaptação Transcultural para a Língua Portuguesa. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, June 2013. Available from. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420130003000569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000300007>.
- 44.** 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 – 2010. Disponível em https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf

OUVIDORIA DA SAÚDE
0800 286 28 28
PORTAL.SAUDE.PE.GOV.BR



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO