

**PORTARIA SESAPI Nº 679/2016,  
DETERMINAR AS AÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO  
DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**



**PORTARIA SESAPI Nº 679/2016,  
DETERMINAR AS AÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO  
DOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**

**DIVISA**

**2016**

José Wellington Barroso de Araújo Dias

**Governador do Estado do Piauí**

Francisco de Assis de Oliveira Costa

**Secretário de Estado da Saúde do Piauí**

**EQUIPE GESTORA DA SESAPI**

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

**Superintendência de Atenção Integral a Saúde – SUPAT**

Coronel Gerardo Rebelo

**Superintendência de Organização do Sistema de Saúde das Unidades de Referência - SUPAS**

Conceição de Maria Oliveira Lima

**Superintendência de Gestão da Administração – SUGAD**

Tatiana Vieira Souza Chaves

**Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária do Estado do Piauí – DIVISA**

Romênia Nolêto Guedes

**Gerência de Controle de Estabelecimento de Saúde**

Lucimá Alves Pereira Lima

**Coordenação de Avaliação das Infecções em Estabelecimentos de Saúde**

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Tatiana Vieira Souza Chaves

Romênia Nolêto Guedes

Lucimá Alves Pereira Lima

Susane de Fátima Ferreira

Maria do Carmo Melo Mascarenhas

Mara Adriana Oliveira de Carvalho

Maria Julia Meneses Bezerra Santos

Maria do Amparo da Silva Bida Mesquita

**DIAGRAMAÇÃO**

Benedito Júnior

PORTARIA SESAPI GAB. Nº 679/2016

**Teresina-PI; 12 de abril de 2016.**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, no uso de suas atribuições legais:

Considerando a importância da instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde nacional;

Considerando que a ANVISA é o órgão regulador do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e instituiu ações para a Segurança do Paciente em Serviço de Saúde por meio da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 36/2013, onde estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);

Considerando que a assistência ao paciente, envolve não só profissionais de saúde, mas diversos segmentos da sociedade e familiares;

Considerando a importância da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente em toda rede de saúde no estado, como forma de garantir uma assistência segura e de qualidade ao paciente;

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilite a promoção da mitigação da ocorrência de Eventos adversos.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Determinar as seguintes ações estratégicas a serem desenvolvidas em cada unidade de saúde de gestão estadual:

- I- Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente;
- II- Elaborar o Plano de Segurança do Paciente;
- III- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente, seguindo as rotinas técnicas padronizadas (Anexo I);

- IV- Confeccionar pulseiras de identificação do paciente;
- V- Confeccionar material informativo sobre Segurança do Paciente para divulgação (modelo exemplar no Anexo II);
- VI- Implantar estratégias de adesão de higienização de mãos;
- VII- Disponibilizar material e insumos para higienização de mãos;
- VIII- Disponibilizar álcool gel para higienização de mãos em local estratégico da Assistência;
- IX- Cadastrar no Sistema NOTIVISA O Estabelecimento Assistencial de Saúde e os profissionais;
- X- Notificar os Eventos Adversos no NOTIVISA.

**Art. 2º** As Unidades de Saúde devem disponibilizar urnas para o recebimento de Formulários com Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas, preenchidos pelos profissionais de saúde, pacientes e familiares de paciente (Anexo III).

**§ 1º** A abertura das urnas deve ser diária;

**§ 2º** O Núcleo de Segurança deve gerenciar as informações coletadas nos formulários, analisa os incidentes (ANEXO IV) e notificar no NOTIVISA.

**Art. 3º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

**Francisco de Assis de Oliveira Costa**  
**Secretário de Estado de Saúde do Piauí**

## PREFÁCIO

A Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, através da Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado tem intensificado suas atividades na gestão sanitária, no campo da Segurança do Paciente, em estabelecimentos de saúde, com a finalidade de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos.

A qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é cada vez mais uma exigência da sociedade brasileira, reforçada tanto por compromissos internos, quanto por compromissos externos. Precisamos fortalecer ainda mais as ações de Segurança do Paciente para que possamos avançar na prevenção da saúde pública do nosso Estado.

O Piauí tem iniciado este trabalho com grande receptividade dos gestores de saúde e contamos com a parceria e o esforço de todos os profissionais da área, para que o Estado possa prevenir a população, dos riscos evitáveis que poderão ocorrer no período de internação.

**Francisco de Assis de Oliveira Costa**  
Secretário de Estado da Saúde do Piauí



# **ANEXOS**



## ANEXO I

### ROTINA PARA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes;
- Assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

#### 2 – Abrangência:

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnóstico.

#### 3 – Etapas do Processo:

- Utilizar pulseira de identificação padronizada, de cor branca, contendo dois identificadores (nome completo e data de nascimento) impressos ou manuscritos, em todos os pacientes atendidos no serviço que precisam permanecer em observação e/ou internado;
- Utilizar como identificadores mínimos para pacientes recém-nascidos o nome da mãe, o número do prontuário e outras informações consideradas pertinentes pelo serviço de saúde;
- Colocar a pulseira de identificação no punho direito, em caso de pacientes adultos e no tornozelo direito quando se trata de recém-nascido. Caso não seja possível seguir essa recomendação em função de alguma limitação por parte do paciente, colocar a pulseira no membro possível no momento;
- Utilizar pulseiras com tamanho compatível ao paciente a ser identificado, de modo que as informações sejam visíveis;
- Utilizar etiqueta com os identificadores adotados pela instituição de saúde como estratégia para identificação do paciente em situações especiais nas quais o paciente está impossibilitado de usar a pulseira padronizada, tais como grandes queimados, politraumatizados ou mutilados. A etiqueta de identificação deverá ser colocada na região anterior do tórax do paciente ou em local possível a considerar a condição do paciente e trocada diariamente ou sempre que necessário;
- Comunicar com o paciente e/ou responsável as informações constantes na pulseira de identificação antes da colocação desta no membro do paciente;
- Garantir que o paciente utilize a pulseira de identificação durante todo o

- período que permanecer em observação e/ou internado no serviço de saúde;
- Realizar rodízio dos membros de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros;
  - Utilizar como identificadores o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça, nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo;
  - Confirmar a identificação do paciente antes de qualquer cuidado que inclui: administração de medicamentos, administração do sangue, administração de hemoderivados, coleta de material para exame, entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos;
  - 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. Em casos de pacientes recém nascidos, confirmar as informações na pulseira destes e ao mesmo tempo na pulseira da mãe. Caso esta não esteja internada, solicitar um documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a conferência com os dados existentes na pulseira do recém-nascido;
  - Verificar os detalhes da identificação do paciente, mesmo que o profissional o conheça, para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto;
  - Verificar a identidade do paciente não apenas no início de um episódio de cuidado, mas a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança;
  - Envolver pacientes, acompanhantes e familiares no processo de identificação correta, explicando os propósitos dos dois identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado;
  - Identificar o paciente a ser submetido à consulta médica especializada e aqueles submetidos a exames sem anestesia pelo boletim de atendimento, utilizando os dois identificadores;
  - Solicitar ao setor responsável nova pulseira de identificação quando da necessidade da retirada para procedimento/punção de membro, lesão, borrramento ou apagamento e inconsistência das informações;
  - Solicitar ao paciente ou acompanhante que confira os dados antes de colocar a nova pulseira de identificação;
  - Solicitar a um segundo membro da equipe de enfermagem que realize em conjunto a conferência dos dados, em caso de pacientes comatosos e/ou sem acompanhantes;
  - Registrar no prontuário do paciente a colocação/troca/recolocação da pulseira, pela equipe de enfermagem;
  - Retirar a pulseira de identificação no momento da saída do paciente, por alta

hospitalar, no setor de portaria como parte do processo de liberação do paciente e, nos casos de óbito, na enfermaria pela equipe de enfermagem, por ocasião do preparo do corpo.

- Descartar a pulseira de identificação em contêiner de lixo comum.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Equipes que prestam cuidado ao paciente;
- Equipes dos serviços de apoio ao cuidado: serviço de laboratório, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de nutrição, agência transfusional e serviço de endoscopia.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

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

## ANEXO I

### ROTINA PARA CIRURGIA SEGURA

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Garantir cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e no paciente correto;
- Facilitar a comunicação entre os membros da equipe envolvidos na realização de cirurgia e procedimentos invasivos;
- Envolver pacientes e familiares nas ações para a cirurgia segura.

#### 2 – Abrangência:

- O protocolo de cirurgia segura se aplica a todos os setores e serviços da instituição de saúde que prestam cuidados aos pacientes que demandam procedimento cirúrgico, envolvendo prioritariamente setor de admissão, unidades de internação, centro-cirúrgico e outras áreas do serviço de saúde que realizam procedimentos cirúrgicos.

#### 3 – Etapas do Processo:

##### 3.1 – Ambulatório e Setor de Admissão

- Solicitar os exames pré-operatórios de acordo com a patologia dos pacientes; aplicar o termo de consentimento informado para a cirurgia ou procedimento invasivo, após explicar os riscos e benefícios;
- Encaminhar os pacientes para avaliação cardiológica e risco cirúrgico quando indicado;
- Encaminhar os pacientes para consulta pré-anestésica. Durante essa consulta explicar aos pacientes os riscos e benefícios da anestesia proposta e aplicar o termo de consentimento para a anestesia, além de solicitar pareceres de outras especialidades quando julgar necessário. Não há necessidade de consulta pré-anestésica de rotina para a realização de pequenas cirurgias, a não ser que o médico decida ser necessário;
- Conferir, no momento da admissão, as informações da autorização de internação e/ou procedimento (AIH) com os dados da agenda cirúrgica (nome do paciente, data de nascimento, procedimento a ser realizado).

##### 3.2 – Unidade de Internação

- Preencher o histórico de enfermagem, registrando a lateralidade da

cirurgia/procedimento invasivo, de acordo com as informações do paciente, as quais deverão coincidir com a cirurgia/procedimento invasivo agendado e com as informações descritas no processo de internação. Caso haja divergência entre as informações do paciente e o que está agendado, a enfermeira deve entrar em contato com o médico assistente para confirmar o que será realizado no paciente;

- Realizar a avaliação médica inicial preenchendo o impresso específico em até 24 h após a internação;
- Conferir os exames complementares dos pacientes;
- Realizar o planejamento cirúrgico pré-operatório, registrando-o no prontuário;
- Solicitar visita pré-anestésica, se não tiver sido realizada no ambulatório (pacientes transferidos de outros hospitais).
- Conferir se os termos de consentimentos para cirurgia e anestesia estão no prontuário e preenchidos. Se não, aplicar os termos. Os termos de consentimento para cirurgia **podem** ser aplicados pelo cirurgião, médico auxiliar, médico plantonista ou médico residente. Contudo, sempre que possível o cirurgião que realizará o procedimento deve aplicar o termo. Os termos de consentimento para anestesia **podem** ser aplicados pelo anestesiológico, cirurgião, médico auxiliar, médico plantonista ou médico residente. Contudo, sempre que possível um anestesista deve aplicar o termo durante a consulta pré-anestésica antes da internação do paciente;
- Solicitar reserva de hemoderivados, quando necessário, e aplicar o termo de consentimento para transfusão;
- Conferir reserva de hemoderivados e vaga de UTI, quando necessário;
- Marcar o local da cirurgia nos casos que envolvam lateralidade, estruturas múltiplas ou com níveis, interagindo com o paciente consciente ou responsável.
- A marcação do local da cirurgia é feita na unidade de internação e deve ser realizada pelo médico que realizará o procedimento (preferencial), médico assistente, médico prescritor ou médico residente;
- Providenciar para que todos os pacientes sejam transportados ao centro cirúrgico de cadeira de rodas ou maca, após solicitação do centro-cirúrgico.

### 3.3 – Centro- Cirúrgico (Sala de Cirurgia e Sala de Recuperação Pós-Anestésica)

- Solicitar, em consenso com o médico cirurgião/auxiliar/residente, o encaminhamento do paciente da clínica de internação;
- Os pacientes só devem ser recebidos no centro cirúrgico após confirmação da

aplicação dos termos de consentimento para a cirurgia e anestesia e marcação do local da cirurgia (quando aplicável);

- Garantir que todos os documentos e exames dos pacientes estejam disponíveis;
- Aplicar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Qualquer membro da equipe cirúrgica pode fazer a checagem dos itens da lista nos três momentos recomendados. A checagem deve ser feita em voz alta. Todos os membros da equipe cirúrgica devem estar presentes nos três momentos de checagem da lista;
- Assinar e carimbar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica antes de o paciente sair do local da cirurgia ou procedimento;
- Garantir que todos os pacientes sejam transportados pelo Centro-Cirúrgico em cadeira de rodas ou maca.
- Preencher corretamente e por completo o boletim de cirurgia e de anestesia;
- Fazer o planejamento pós-operatório dos pacientes, preenchendo a ficha adequada;
- Garantir um profissional médico anestesiológico ao lado do paciente durante toda a cirurgia e/ou procedimento invasivo e o que o mesmo acompanhe o paciente até a sala de recuperação pós-anestésica, responsabilizando-se pela alta do usuário para sua unidade de origem;
- Manter os pacientes monitorizados continuamente, com exceção dos casos não indicados pelos médicos anestesiológicos.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Serviço de admissão;
- Equipes que prestam cuidado ao paciente, sobretudo anestesiológico, cirurgião, médico auxiliar, médico prescritor, médico residente e enfermagem; equipe dos serviços gerais.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

- Proporção de pacientes com lateralidade marcada;
- Proporção de pacientes admitidos no centro-cirúrgico com pulseira de identificação;
- Índice de procedimentos cirúrgicos com aplicação da lista de verificação da cirurgia segura.

## ANEXO I

### ROTINA PARA COMUNICAÇÃO EFETIVA

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Padronizar e melhorar a comunicação efetiva, não propiciando interpretações equivocadas;
- Estabelecer uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, seja ela verbal ou escrita.

#### 2 – Abrangência:

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnóstico.

#### 3 – Etapas do Processo:

- Realizar procedimentos e/ou administrar medicamentos por ordem verbal apenas em situações de emergência;
- Repetir verbalmente o que foi solicitado pelo médico antes da aplicação de medicamentos e/ou realização de condutas, quando não for possível o processo de releitura, como em situações de atendimento às emergências, na sala de cirurgia ou nas unidades de cuidados intensivos;
- Alterar as prescrições médicas verbalmente apenas quando a comunicação se processar entre profissionais médicos;
- Definir uma lista de resultados críticos para todos os exames realizados no serviço de saúde sejam eles de laboratório ou de imagem;
- Anotar os resultados de exames transmitidos verbalmente no prontuário do paciente, registrando o nome do profissional que emitiu a informação, sua função e, sobretudo, repetir o que foi ouvido para que o transmissor da mensagem possa confirmar;
- Resultados de exames laboratoriais são transmitidos pelo bioquímico responsável e dos demais exames pelos médicos que realizaram o procedimento;
- Nas unidades de internação apenas podem receber resultados verbais de exames médicos, enfermeiros e residentes;
- Garantir a passagem de plantão de forma verbal na passagem de plantão e de maneira escrita a partir de impresso próprio contendo informações mínimas a

serem priorizadas nesses momentos de repasse do cuidado para outras equipes;

- Ainda com o intuito de assegurar a comunicação efetiva em períodos de transição do cuidado podem ser usados pelas equipes do cuidado livros de relatórios com informações pertinentes acerca dos pacientes;
- A documentação de informações nos prontuários de pacientes que necessitam de transferência intra e inter hospitalar para realização de exames e/ou procedimentos é orientada por um roteiro constando o mínimo a ser relatado nessas ocasiões como forma de garantir a continuidade do cuidado de forma segura e de qualidade.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Equipes que prestam cuidado ao paciente;
- Equipes dos serviços de apoio ao cuidado: serviço de laboratório, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de nutrição, agência transfusional e serviço de endoscopia.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

- Número de eventos adversos devido a falhas na comunicação.



## ANEXO I

### ROTINA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Instituir e promover a higiene das mãos na instituição de saúde com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

#### 2 – Abrangência:

- A rotina deve ser aplicada em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Para tal, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica. O Produto de higienização das mãos deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente.

#### 3 – Etapas do Processo:

- Considerar a higienização das mãos qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS;
- Higienizar as mãos em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimento limpo/asséptico; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o paciente; e após tocar superfícies próximas ao paciente;
- Higienizar as mãos com sabonete líquido e água quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro; quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*; em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica;
- Higienizar as mãos com preparação alcóolica quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas;

antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos.

- **3.1 – Higienização simples das mãos: com água e sabonete líquido**  
Considerar higiene simples das mãos o ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida;
- Atentar para a duração mínima da higienização simples das mãos que deve ser de 40 a 60 segundos;
- Adotar os passos abaixo para higienização simples das mãos:
  - 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;
  - Enxague 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.

### **3.2 – Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água**

- Considerar a higienização antisséptica das mãos como o ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico, com a finalidade de remover os micro-organismos 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 micro-organismos;
- Adotar a mesma duração e técnica utilizadas na higienização simples das mãos.

### 3.3 – Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

- Considerar a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica como a aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos, com a finalidade de reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades;
- Utilizar preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração entre 60% a 80%);
- Atentar para a duração mínima da fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica que deve ser de 20 a 30 segundos;
- Adotar os passos abaixo para a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:
  - 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.
- Assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui algumas condições essenciais:
  - Acesso a sabonete líquido e papel toalha, bem como a um fornecimento contínuo e seguro de água, de acordo com o disposto na Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011;
  - Acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência;

- Pias no quantitativo de uma para cada dez leitos, preferencialmente com torneira de acionamento automático em unidades não críticas e obrigatoriamente em unidades críticas.
- Fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem “Nos 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos;
- 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;
- Alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

##### **5.1 – Indicador obrigatório:**

- **Consumo de preparação alcoólica para as mãos:** monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia;
- **Consumo de sabonete:** monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

##### **5.2 – Indicador recomendável:**

- **Percentual (%) de adesão:** número de ações de higiene das mãos realizado pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

## ANEXO I

### ROTINA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Essas medidas devem resguardar a dignidade do paciente.

#### 2 – Abrangência:

- As recomendações desta rotina aplicam-se ao hospital e incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço e abrangem todo o período de permanência do paciente e todos os ambientes do hospital.

#### 3 – Etapas do Processo:

- Considerar queda qualquer deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano;
- Considerar queda, ainda, quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.
- A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário;
- Avaliar o risco de queda no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Neste momento também se deve avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda;
- Registrar a avaliação do risco de queda no prontuário do paciente;
- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado (pulseira de cor diferente, placa no leito, carimbo nos impressos);
- Estabelecer o profissional que será responsável por definir as ações de caráter

preventivo para pacientes com risco de queda;

- Comunicar o risco de queda ao paciente, familiar e toda equipe do cuidado;
- Assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão;
- Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, sendo sugerida a entrega de material educativo específico;
- Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Acompanhar o paciente ao banheiro ou durante o banho;
- Manter camas travadas com grades elevadas;
- Manter a área de circulação livre de mobiliários e utensílios, piso seco e a luminosidade do quarto adequada;
- Providenciar avaliação e tratamento dos pacientes que sofreram queda e investigação do evento.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Equipes dos setores de internação, ambulatorios, da limpeza e equipe de enfermagem.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- Número de quedas com dano;
- Número de quedas sem dano;
- Índice de quedas  $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de paciente dia}) * 1000]$ .

## ANEXO I

### ROTINA PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.

#### 2 – Abrangência:

- As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão.

#### 3 – Etapas do Processo:

##### 3.1 – Recomendações para todos os pacientes internados

- Considerar como úlcera por pressão (UPP) lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção;
- Avaliar os pacientes por ocasião da admissão para risco de UPP e/ou a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas;
- Contemplar na avaliação do risco de úlcera para UPP os seguintes fatores: mobilidade, incontinência, débito sensitivo e estado nutricional; Reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados, ajustando as estratégias de prevenção conforme as necessidades do paciente;
- Implementar um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas. A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas;

##### 3.2 – Recomendações para os pacientes com risco para UPP

- Inspeccionar toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais

de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísqiuo, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos;

- Realizar a inspeção da pele em intervalos pré-determinados, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas;
- Promover a limpeza da pele do paciente com água morna e sabão neutro sempre que esta apresentar sujidades ou a intervalos regulares, como forma de reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- Minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas;
- Utilizar hidratantes para minimizar o ressecamento da pele, principalmente após o banho, pelo menos uma vez ao dia. Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão;
- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas;
- Avaliar 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;
- Realizar mudança de decúbito a intervalos regulares como forma de aliviar a pressão sobre áreas vulneráveis do corpo;
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento;
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Equipes de enfermagem e da nutrição.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão;
- Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP;
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP;
- Incidência de UPP.



## ANEXO I

### ROTINA PARA SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS

**Responsável pela elaboração:** Núcleo de Segurança do Paciente

**Responsável pela aprovação:** Direção Geral

**Data da aprovação:**

**Data da atualização:**

#### 1 – Objetivos:

- Promover práticas seguras na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Gerenciar os medicamentos controlados e de alta-vigilância.

#### 2 – Abrangência:

- O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os setores do serviço de saúde que prestam cuidados à saúde, em que medicamentos sejam utilizados para pro laxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

#### 3 – Etapas do Processo:

##### 3.1 – Prescrição segura de medicamento

- Identificar corretamente o paciente na prescrição, contendo informações mínimas dependendo do local de atendimento do paciente: em ambulatórios deverá constar, no mínimo, nome completo do paciente, endereço e data de nascimento; a prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala;
- Adotar, para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes), códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que quando aderido ao corpo do paciente a identificação devida na unidade para identificação provisoriamente;
- Identificar ao final da prescrição o prescritor, contendo o nome completo e 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;
- Assegurar na prescrição ambulatorial e hospitalar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o

paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta;

- Colocar a data na prescrição como forma de garantir a validade da mesma, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição;
- Garantir legibilidade em todos os itens das prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares;
- Utilizar, quando possível, prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição;
- Evitar o uso do verso do impresso para prescrição de medicação, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição);
- Evitar prescrição carbonada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição;
- Evitar uso de abreviaturas para a prescrição de medicamentos. Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde;
- Abolir as abreviaturas U (unidade) UI (unidade internacional);
- Organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição;
- Adotar práticas que garantam prescrição segura de medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição, conferindo-se destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, utilizando letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA, VimBLASTina e VinCRISTina;
- Expressar claramente na prescrição a dose desejada por meio do sistema métrico, evitando-se medidas não métricas (colher, ampola, frasco), bem como a forma farmacêutica indicada, garantindo, assim, a dispensação e administração segura do medicamento;
- Registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores;
- Registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa;

- Adotar uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde;
- Evitar uso de expressões vagas na prescrição, como por exemplo, “se necessário”. Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento;
- Indicar na prescrição, para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos);
- Definir claramente na prescrição a velocidade de infusão e via de administração, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção;
- Garantir que as alterações na prescrição sejam feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição;
- Restringir as prescrições verbais às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível. Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento;
- Relacionar quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa);
- Orientar os pacientes a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses, quando administrada pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

### **3.2 – Dispensação segura de medicamento**

- Utilizar preferencialmente sistema por dose unitária para dispensação de medicamentos. Este não sendo possível, providenciar a individualização desse processo. O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos

medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento;

- Assegurar, por meio do serviço de farmácia, que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos;
- Garantir maior segurança ao processo de dispensação e adequado fluxo de trabalho, assegurando que o dispensário de medicamentos seja o ambiente reservado, contar com fluxo restrito de pessoas e ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração;
- Seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância;
- Identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam gráficas e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos;
- Analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, processo durante o qual o farmacêutico confere se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis;
- Analisar os medicamentos prescritos evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à gráfica médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos: dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;
- Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são

iguais às da prescrição.

- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;
- Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;
- Realizar orientação e aconselhamento do paciente previamente à dispensação dos medicamentos, objetivando identificar e interceptar erros. Ao dispensar medicamentos para o paciente, conferir e identificá-los, especialmente aqueles de embalagem semelhante, usando identificadores que possam diferenciá-los, como, por exemplo, cores diferentes.
- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas;
- Garantir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal;
- Diferenciar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, identificando-os de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação.

### **3.3 – Administração segura de medicamento**

- Implementar a prática de verificação dos nove certos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa) da terapia medicamentosa;
- Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente. Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas;
- Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente;
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica;
- Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento. O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento. Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor;
- Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro;
- Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível;

- Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos;
- Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista);
- Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão;
- Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico;
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem;
- Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, eliminando dúvidas com o farmacêutico;
- Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando. A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos;
- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância;
- Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração;
- Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão. Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais;
- Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes;
- Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente;
- Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade);
- Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal;
- Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional;

- Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notando-os ao Núcleo de Segurança do Paciente;
- Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração;
- Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados, pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração.

#### **3.4 – Medicções potencialmente perigosas ou de alta-vigilância**

- De nir institucionalmente os medicamentos considerados potencialmente perigosos ou de alta vigilância, que são aqueles associados a um potencial elevado de erros e/ou eventos sentinela, medicamentos com risco mais elevado de resultados adversos, e medicamentos cujos nomes, embalagem e etiqueta ou uso clínico sejam semelhantes e/ou soem parecidos;
- São consideradas exemplos de medicações de alta-vigilância: a Água destilada 500 mL, Amiodarona injetável, Cloreto de potássio 10% 10mL injetável, Cloreto de sódio 10% 10mL injetável, Contrastes radiológicos injetáveis, Dobutamina 12,5 mg/mL injetável, Dopamina 5mg/mL injetável, Enoxaparina de 40mg e 60 mg, Epinefrina 1mg/ml injetável, Glibenclamida 5mg, Glicose 50% 10mL injetável, Gluconato de cálcio 10% 10mL injetável, Heparina 5.000UI/ml fr. 5mL, Insulina humana NPH e a Regular, Metformina 850mg, Metoprolol 1mg/mL injetável, Nitroprussiato de sódio 25mg/mL injetável, Norepinefrina 1mg/ml injetável, Pancurônio 2mg/mL injetável, Solução de Diálise (ácida e básica), Succinilcolina 100 mg injetável, Sulfato de Magnésio 50% 10mL injetável, Varfarina 5mg, Vasopressina 20U/mL injetável e Xilocaina 2% com e sem vasoconstritor;
- Identificar, na Farmácia, os medicamentos de alto-vigilância com etiqueta de cor vermelha e armazená-los em prateleiras identificadas com a mesma cor; Dispensar os medicamentos de alta-vigilância aos setores de internação para a administração nas 24hs, conforme prescrição médica, em embalagem plástica de cor vermelha, selada, etiquetado com os dizeres: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA e com a devida identificação do paciente;
- Acondicionar as medicações de alta-vigilância nos setores de internação em gavetas vermelhas, sob a supervisão do enfermeiro da unidade;
- Armazenar as medicações de alta-vigilância nas unidades de terapia intensiva, no centro-cirúrgico e hemodinâmica em gavetas/prateleiras vermelhas, sob o controle do enfermeiro dessas unidades;
- Armazenar os contrastes radiológicos no setor de Radiologia em gavetas vermelhas, sob o controle da coordenação do serviço;
- Sublinhar as medicações de alta-vigilância prescritas no prontuário do paciente com caneta vermelha;

- Utilizar a prática de dupla checagem na dispensação, preparo e administração;
- Preparar e administrar medicamento sempre de posse da prescrição médica; Identificar a solução com rótulo específico e aderir etiqueta vermelha ao equipo;
- Alertar aos pacientes e familiares a importância de não mexer nos dispositivos de infusão para a segurança do paciente;
- Conferir a velocidade de infusão antes da administração e a cada passagem de plantão.

#### **4 – Responsáveis pelo processo:**

- Serviço de farmácia;
- Equipes que prestam cuidado ao paciente;
- Equipes dos serviços de apoio ao cuidado que usam medicamentos.

#### **5 – Monitoramento do processo:**

- Taxa de erros na prescrição de medicamentos;
- Taxa de erros na dispensação de medicamentos;
- Taxa de erros na administração de medicamentos.



## ANEXO II

# SEGURANÇA DO PACIENTE



O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. O objetivo da aliança é adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Ao lado dos outros países que aderiram à aliança, o Brasil está politicamente comprometido com esses propósitos da OMS. Para isso, o Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

## Protocolo básico de Proteção ao Paciente

- 

**1** Identificar corretamente o paciente
- 

**2** Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde
- 

**3** Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 

**4** Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e paciente corretos.
- 

**5** Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 

**6** Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

## A importância da NOTIFICAÇÃO

Um ambiente mais seguro depende das nossas ações.

Quando presenciar a ocorrência de um de: Incidente, Equipamentos e Medicamentos ou a Quase Falha, faça a NOTIFICAÇÃO. Tenha uma atitude segura!

**Notificar Eventos Adversos - Cidadão**  
O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem como objetivo melhorar a assistência aos usuários em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1º de abril de 2013 pela Portaria nº 529.

O Formulário de Notificações para a comunicação de Eventos Adversos está disponível no seu setor. Preencha e deposite na urna.



Se você é paciente, familiar ou acompanhante:

Entre no site sobre Segurança do Paciente, disponível no site da Anvisa: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## ANEXO II

# 10 PERGUNTAS-CHAVE PARA MELHORAR A SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE



**TIRE SUAS DÚVIDAS COM O SEU MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE!**

**Faça as perguntas certas:**

- 1** Qual o nome do problema que eu tenho? / Qual é o meu diagnóstico?
- 2** Quais são as minhas opções de tratamento?
- 3** Quais são as minhas chances de cura?
- 4** Como é realizado o exame ou procedimento?
- 5** Quando e como receberei os resultados do exame?
- 6** Como se soletra o nome do medicamento prescrito?
- 7** Quantas vezes ao dia e por quanto tempo devo usar esse medicamento?
- 8** É possível que haja alguma reação a esse medicamento?
- 9** Posso usar esse medicamento junto com outros que já utilizo, com algum alimento ou com algum líquido?
- 10** O tratamento mudará a minha rotina diária?

## ANEXO III

### FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E QUEIXAS TÉCNICAS

- ( ) Data do Evento
- ( ) Setor de Ocorrência
- ( ) Descrição do Ocorrido (O que aconteceu?)

---

---

---

---

---

- ( ) Ação Corretiva imediata

## ANEXO IV

### FICHA PARA ANÁLISE DE INCIDENTES ASSOCIADOS AOS CUIDADOS EM SAÚDE

#### 1 – Tipo de Incidente

Quase falha  Incidente sem dano  Incidente com dano

#### 2 – Consequências para o paciente

Nenhum  Grave

Leve  Óbito

Moderada

#### 3 – Características do paciente

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Raça/cor: \_\_\_\_\_

Data da internação/atendimento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tipo de procedimento: \_\_\_\_\_

#### 4 – Origem do incidente

Ambulatório

Centro Cirúrgico

Hospital Dia

Radiologia

Laboratório de análises clínicas/microbiológicas/anatomia patológica

Medicina nuclear

Setores de internação

Serviços de transporte (ambulância)

Unidade de terapia intensiva

Urgência e emergência

Outro \_\_\_\_\_

#### 5 – Em que fase da assistência aconteceu o incidente

Na consulta

Na admissão

Durante a prestação de cuidados

- Na transferência para outra unidade ou outro serviço de saúde
- Na alta
- No acompanhamento pós-alta
- Não estava internado

## **6 – Data do incidente**

---

### **7 – Período que ocorreu o incidente**

- Durante o dia
- Durante a noite/madrugada

### **8 – Fatores contribuintes**

#### **8.1 – Fatores profissionais**

- Descuido/distração/omissão
- Sobrecarga de trabalho/fadiga/esgotamento
- Problema/evento adverso na execução do trabalho
- Descumprimento das normas
- Violação de rotinas estabelecidas nos serviços de saúde
- Comportamento arriscado/imprudente
- Problemas com uso e abuso de substâncias
- Sabotagem/ato criminoso
- Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
- Problema/evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbais)
- Ausência de anotações
- Informações ilegíveis

#### **8.2 – Fatores cognitivos**

- Percepção/compreensão
- Resolução de problemas baseada em conhecimento
- Correlação ilusória (associação incorreta entre duas variáveis ou classe de acontecimentos)
- Efeitos de Halo (tendência a qualificar o indivíduo de forma equivocada devido a uma informação prévia ou impressão geral que se tenha do indivíduo)

#### **8.3 – Fatores de desempenho**

- Erro técnico na execução (baseado na aptidão física)

- Baseado em regras
  - Má aplicação de boas práticas
  - Aplicação de más práticas
- Seletividade
- Parcialidade

#### **8.4 – Fatores de comportamento**

- Problemas de atenção
- Fadiga/exaustão
- Excesso de carga
- Não cumprimento de normas/protocolos
- Infrações sistemáticas
- Comportamento de risco
- Comportamento negligente
- Ato de sabotagem/criminal
- Problemas com uso/abuso de substâncias
- Fatores emocionais

#### **8.5 – Fatores da comunicação**

- Método de comunicação
- Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
- Problema/evento adverso na compreensão das orientações (verbais ou escritas)
- Ausência de anotações
- Informações ilegíveis
- Dificuldades linguísticas
- Literacia em saúde (capacidade de compreender a informação de saúde e usar essa informação para tomar decisões sobre saúde e cuidados médicos)

#### **8.6 – Fatores do paciente**

- Percepção/compreensão
- Problemas de atenção
- Fadiga/exaustão
- Excesso de carga
- Não cumprimento de orientações
- Comportamento de risco
- Comportamento negligente
- Sabotagem/ato criminal

- ( ) Dificuldades linguísticas
- ( ) Dificuldades de compreensão das orientações de saúde
- ( ) Problemas com uso/abuso de substâncias
- ( ) Fatores emocionais

### **8.7 – Fatores do trabalho/ambiente**

- ( ) Infraestrutura/ambiente físico
- ( ) Afastado ou a longa distância do serviço
- ( ) Avaliação de risco ambiental/avaliação de segurança

### **8.8 – Fatores organizacionais**

- ( ) Protocolos/políticas/procedimentos/processos
- ( ) Decisões organizacionais/cultura
- ( ) Organização das equipes
- ( ) Recursos/carga de trabalho

### **9 – Consequências organizacionais**

- ( ) Dano à propriedade
- ( ) Aumento dos recursos necessários para os pacientes
- ( ) Atenção da mídia
- ( ) Reclamação formal
- ( ) Reputação denegrida
- ( ) Implicações legais

### **10 – Detecção**

#### **10.1 – Como foi detectado o incidente**

- ( ) Avaliação proativa dos riscos
- ( ) Por meio de máquinas/sistema/alteração ambiental/alarme
- ( ) Por meio de uma contagem/auditoria/revisão
- ( ) Reconhecimento do erro
- ( ) Por alteração do estado do paciente

#### **10.2 – Quem detectou o incidente**

- ( ) Próprio paciente
- ( ) Outro paciente
- ( ) Familiar
- ( ) Cuidador
- ( ) Voluntário
- ( ) Amigo/visitante

- ( ) Pessoa de assistência espiritual
- ( ) Profissional de saúde
- ( ) Outro profissional do serviço de saúde

## **11 – Fatores atenuantes do dano**

### **11.1 – Dirigidas ao paciente**

- ( ) Pedido de ajuda
- ( ) Empreendidas medidas de gestão/tratamento/cuidado
- ( ) Paciente encaminhado
- ( ) Explicação/informação para o paciente
- ( ) Pedido de desculpas

### **11.2 – Dirigidas ao profissional**

- ( ) Boa supervisão/liderança
- ( ) Bom trabalho de equipe
- ( ) Comunicação efetiva
- ( ) Formação de pessoas chave
- ( ) Boa sorte/casualidade

### **11.3 – Dirigidos à organização**

- ( ) Protocolo e vaz disponível
- ( ) Corrigido erro de documentação

### **11.4 – Dirigidos a um agente**

- ( ) Medida de segurança/ambiente físico
- ( ) Corrigido o erro de utilização do equipamento/produto

## **12 – Ações de melhoria**

### **12.1 – Relacionadas ao paciente**

- ( ) Gestão da doença
- ( ) Gestão da lesão
- ( ) Gestão da incapacidade
- ( ) Compensação
- ( ) Revelação/desculpa pública
- ( ) Ainda não foram realizadas ações de melhorias

### **12.3 – Relacionadas com a organização**

- ( ) Gestão da mídia/relações públicas
- ( ) Gestão de reclamações
- ( ) Gestão de ação judicial/riscos



- ( ) Gestão do estresse/acompanhamento psicológico para os profissionais
- ( ) Notificação local e indenização
- ( ) Reconciliação/mediação
- ( ) Mudança da cultura organizacional
- ( ) Formação/Treinamento
- ( ) Ainda não foram realizadas ações de melhorias

### **13 – Ações para reduzir o dano**

#### **13.1 – Fatores do paciente**

- ( ) Disponibilização de cuidados/apoio adequado
- ( ) Disponibilização de instrução/orientações para o paciente
- ( ) Disponibilização de protocolos de apoio à decisão
- ( ) Disponibilização de equipamento de monitorização
- ( ) Disponibilização de sistema de ajuda e dispensação de medicação

#### **13.2 – Fatores do profissional**

- ( ) Formação
- ( ) Orientação
- ( ) Supervisão/assistência
- ( ) Estratégias para gestão da fadiga
- ( ) Disponibilidade de check-list/protocolos/políticas
- ( ) Número de profissionais adequado à demanda

#### **13.3 – Fatores ambientais/organizacionais**

- ( ) Ambiente físico adequado às necessidades
- ( ) Providenciar acesso a um serviço
- ( ) Efetuar avaliações de risco/análise de causa raiz
- ( ) Cumprir código/especificações/regulamentos
- ( ) Disponibilizar o rápido acesso a protocolos/políticas/apoio à decisão
- ( ) Melhoria da liderança/orientação
- ( ) Adequação dos profissionais às tarefas/aptidões
- ( ) Melhoria da cultura de segurança
- ( ) Ainda não foram adotadas ações para reduzir o dano



**SAÚDE**  
Secretaria de Estado  
de Saúde / SES/SEPI



**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO



GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA  
Ministério da Saúde