



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



Manual de Segurança do Paciente

2016

S
E
G
U
R
A
N
Ç
A

D
O

P
A
C
I
E
N
T
E

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha

MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

São Paulo

2016

1º EDIÇÃO

Projeto Gráfico:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Diagramação:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Arte da Capa:

Tatiana Magalhães Demarchi Vallada
Assessoria de Qualidade

Foto Capa:

Pedro Duarte

Coleção Protocolos HMEC 2016

© 2016 - Departamento Técnico
Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva

É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Av. Deputado Emílio Carlos, 3100
CEP: 02720-200 – São Paulo – SP
Telefone: 3986-1051

Site: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/hospital_maternidade_vila_nova_cachoeirinha/
E-mail de contato: qualidade.hmec@gmail.com

Fernando Haddad
Prefeito da Cidade de São Paulo

Alexandre Padilha
Secretário Municipal da Saúde

Alberto Alves Oliveira
Coordenador Regional de Saúde Norte

Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico – HMEC

ORGANIZAÇÃO

Daniela Sayuri Misawa
Encarregada do Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de
Risco



FICHA DE DESCRIÇÃO / APROVAÇÃO DE MANUAL

Nome do Manual:

MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Finalidade:

Padronizar os procedimentos relacionados à Segurança do Paciente

Disponível:

OBS: TODOS OS SETORES PODEM ACESSAR O MANUAL EM FORMATO PDF POR MEIO DA INTRANET, O MANUAL FÍSICO ENCONTRA-SE APENAS NOS SETORES ABAIXO:

 Agendamento Alojamento

Conjunto

 Ambulatório Anatomia

Patológica

 Arquivo Auditoria de

Prontuário

 Banco de Leite Biblioteca Casa da

Gestante

 CCO / CMAT /

REC

 Comitê de

Risco

 Comunicação Diagnóstico por
Imagem Educação

Continuada de

Enfermagem

 Engenharia Ensino e

Pesquisa

 Farmácia Faturamento Gestão de

Pessoas

 Gerência

Financeira-

Orçamentária

 Hotelaria Imunização Internação de

Adulto e Hospital

Dia

 Internação

Neonatal

 Logística de

Insumos

Hospitalares

 Medicinas

Trad., Homeopatia

e Práticas

Integrativas

 Núcleo de

Segurança do

Paciente

 Nutrição Ouvidoria Patrimônio Pré-parto Pronto

Socorro

 Qualidade Recepção do

Pronto Socorro e

Internação

 Saúde do

Trabalhador

 Serviços

Técnicos

Multidisciplinares

 Suprimentos Tecnologia da

Informação

 UTI Adulto Outros:

Hemoterapia /

Laboratório /

Diretoria / Ger.

Enfermagem

Data de Emissão:
DEZEMBRO/2016**Revisão nº****Data de Revisão:****APROVADO POR:**

Nome: Dra. Maria Regina Cesar

Função: Coordenadora do Comitê de Risco

Nome: Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel

Função: Gerente de Ensino e Pesquisa

Nome: Dra. Claudia Tanuri

Função: Diretora de Departamento Técnico



PREFÁCIO À COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC – 2016

Nos dias de hoje, todas as pessoas em toda parte têm acesso a uma profusão e amplitude de informações médicas e de cuidados de saúde que a maioria dos profissionais não teria facilidade em encontrar há uma geração atrás. O problema atual parece ser excesso de informação, em vez de pouca informação.

Em face dessa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação, por outro, ao padronizar condutas e detalhar rotinas a partir da expertise de nossos competentes profissionais, a Coleção de Manuais do HMEC 2016 foi atualizada, revisada nos títulos já existentes na Coleção anterior e concebidos alguns novos títulos para a atual Coleção, o que melhorará a comunicação entre os profissionais desta Maternidade.

Além de favorecer a excelência na assistência, visa propiciar que o outro braço de nossa Missão, que é a de Ensino, seja facilitada, com a disseminação das práticas preconizadas na Instituição. Também pretende tornar acessíveis a todas as equipes as rotinas multiprofissionais e administrativas vigentes.

Nosso desejo é que esta Coleção esclareça e capacite os profissionais e contribua para resultados favoráveis àqueles que nela depositam confiança para terem seus partos, cuidados neonatais, cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos.

Dra. Claudia Tanuri – Diretora de Departamento Técnico do HMEC





PREFÁCIO DO ORGANIZADOR – 1ª EDIÇÃO

O Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha possui um histórico alicerçado na excelência prestada na assistência, ensino e pesquisa na saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS, sempre em busca pela alta qualidade no cuidado ao usuário.

Consolidando ainda mais essa história, durante a “Era da Segurança global” o HMEC não poderia deixar de se envolver e se preocupar cada vez mais com a segurança do paciente, por meio do acompanhamento das diretrizes do Ministério da Saúde, evidenciado pela determinação da Diretoria para a criação do Núcleo de Segurança do Paciente.

Esse Manual foi elaborado fundamentado nas boas práticas de segurança do paciente, com o objetivo de apoiar, direcionar estratégias para prevenir a ocorrência e mitigação de eventos adversos ao paciente.

Esse é apenas o início de um trabalho árduo e extenso que se perpetuará ao longo dessa trajetória, e que não foi esgotado nesta edição.

Agradeço imensamente o envolvimento e colaboração dos membros da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente no desenvolvimento dos protocolos inseridos nesse Manual.

Daniela Sayuri Misawa – Enfermeira Encarregada do Núcleo de Segurança do Paciente e Gerenciamento de Risco





SUMÁRIO

1. Introdução.....	01
2. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).....	05
3. Plano de Segurança do Paciente (PSP).....	11
4. Notificação de Incidentes/ Eventos Adversos.....	13
5. Metas Internacionais de Segurança do Paciente.....	17
5.1. Identificar corretamente paciente.....	17
5.2. Melhorar a comunicação efetiva.....	19
5.3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância.....	22
5.4. Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos.....	24
5.5. Reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde.....	28
5.6. Reduzir risco de lesão ao paciente decorrentes de quedas.....	30
6. Dez Passos para a Segurança do Paciente.....	35
6.1. Segurança no uso de cateteres e sondas - conexões corretas.....	35
6.2. Envolvimento do paciente com sua própria segurança.....	37
6.3. Segurança na utilização da tecnologia.....	39
6.4. Prevenção de Úlcera por Pressão.....	41
6.5. Administração segura de sangue e hemocomponentes.....	45
7. Anexos.....	51
Anexo I - Lista de Siglas.....	52
Anexo II - Formulário de Relatório de Benchmarking - Visitas Realizadas.....	54
Anexo III - Portaria criação da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente - Março de 2014.....	55
Anexo IV - Portaria renovação da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente - Junho de 2015.....	58
Anexo V - Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente.....	61
Anexo VI - Formulário para notificação: Incidentes/Eventos Adversos/Não conformidades/Riscos/Queixa Técnica.....	65
Anexo VII - Eventos Graves – NeverEvents.....	67



Anexo VIII - Formulário de CheckList de Segurança Cirúrgica.....	69
Anexo IX - Formulário de Avaliação de Risco e Indicadores de Qualidade Adulto.....	71
8. Referências Bibliográficas.....	73
PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	81
01. Identificação do Paciente	
02. Prevenção de Queda	
03. Prevenção de Úlcera por Pressão	
04. Prevenção de Flebite	
05. Alergia	
06. Cirurgia Segura	



1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a Segurança do Paciente existe desde 460 a.C. quando Hipócrates pronunciou “Primeiro, não cause dano”. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros^{1,2,3,4,5,6}. Através de seus trabalhos foi possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de Saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência.

Até recentemente os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços⁷. Essa concepção começou a mudar em 1999 a partir da publicação do relatório “Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro” que apontou uma estimativa entre 44.000 a 98.000 americanos que morrem por ano devido aos erros na assistência à saúde. Os custos anuais desses erros estavam em torno de US\$17 a 29 bilhões. Esse relatório também identificou o problema nos sistemas falhos e não em falhas nas pessoas⁸.

Estudos realizados em outros países como Austrália⁹, Inglaterra¹⁰, Canadá¹¹, Nova Zelândia¹², Dinamarca¹³, França¹⁴, Portugal¹⁵, Turquia¹⁶, Espanha¹⁷, Suécia¹⁸ e Holanda¹⁹, que utilizaram o método de estudo com revisões retrospectivas de prontuários, confirmaram uma alta incidência de Eventos Adversos (EAs). Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de internação ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis.

No Brasil, pesquisa recente em três hospitais do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes sofrendo eventos adversos, sendo 66,7% evitáveis²⁰.

Esse contexto incentivou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, a lançar na 57ª Assembleia a Aliança Mundial para a Segurança do



Paciente (The World Alliance for Patient Safety), da qual o Brasil faz parte, com o objetivo de organizar os conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos^{21,22,23}. Outro objetivo dessa aliança é conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e realizando campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes mundialmente.

Desde então, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária vem intensificando suas atividades no campo de serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Assim, normativas que tratam da prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, têm sido instituídas no País. Com isso, o Ministério da Saúde lança a Portaria 529/2013²⁴ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), demonstrando comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde em território nacional, e promovendo maior segurança para os pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

Ainda em 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o apoio do Ministério da Saúde publicam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36²⁵, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, estabelecendo a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que exerce papel fundamental na elaboração e execução do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Em consonância com a RDC 36, o PSP estabelece estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;



- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

A *Joint Commission International (JCI)*, em parceria com a OMS, estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco. São elas:

1. Identificar corretamente o paciente;
2. Melhorar a comunicação efetiva;
3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância;
4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e local correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
6. Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas.

O objetivo dessas metas é promover melhorias específicas na segurança do paciente por meio de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência a saúde, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas.





2. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no HMEC teve início em Março de 2014 e foi norteadada pela Portaria 529 de 01/04/2013 e RDC 36 de 25/07/2013.

Na mesma época, ocorreu estruturação da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, coordenada pelo Núcleo de Segurança e Gerenciamento de Risco, sendo composta por membros multidisciplinares indicados pela Diretoria Técnica, envolvendo os setores assistenciais, administrativos e gerenciais, inclusive a alta direção. Membros do CCIH, Assessoria de Qualidade, Educação Continuada, Laboratório, Comissão de Óbitos, Farmácia e Terapêutica, entre outros, participam dessa Comissão.

Com o objetivo de compreender a prática de segurança do paciente, foram realizadas cinco visitas de benchmarking, sendo três hospitais públicos e dois privados no período de Março e Abril de 2014 (Anexo I).

A primeira publicação da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente em Diário Oficial da Cidade de São Paulo ocorreu em 22/03/2014 – Portaria 11/2014 de 18/03/2014 (Anexo II) e foi renovada pela portaria 09/2015/GAB.DIR de 27/05/2015, publicada em DOC dia 03/06/2015 (Anexo III) e após a aprovação do Regimento Interno (Anexo IV) iniciou suas atividades. A Comissão tem cronograma com reuniões mensais, onde são levantados e discutidos os riscos mapeados e incidentes notificados, bem como assuntos gerais relativos ao tema. Durante as reuniões, são traçadas estratégias de melhorias dos processos, objetivando adequação às diretrizes e normas e à redução e prevenção de danos ao paciente. As reuniões são registradas em atas, com as respectivas pautas, participações e follow-up. Antes da reunião seguinte, as atas são enviadas por e-mail para ciência de todos os membros.

De acordo com a RDC 36/2013, as competências do NSP são descritas a seguir:

- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde:
 - Prever a mitigação de eventos adversos (EA), especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer;
 - Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;



- Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas. Exemplificando, um ponto crítico bem conhecido é o manuseio de medicamentos de alta vigilância e outro é a verificação de *check list*. Novos problemas derivados da realidade local podem surgir e o NSP deve estar preparado para tal.

- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde:

- O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas:

- O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no Plano de Segurança do Paciente (PSP), envolvendo as áreas de maior risco no serviço.

- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP:

Toda e qualquer alteração deve ser divulgada no serviço, conforme orientação abaixo:

- Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;

- A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que:

- Existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias;

- Houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

- Acompanhar as ações vinculadas ao PSP:

- Os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores de serviço para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

- Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;

- Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.



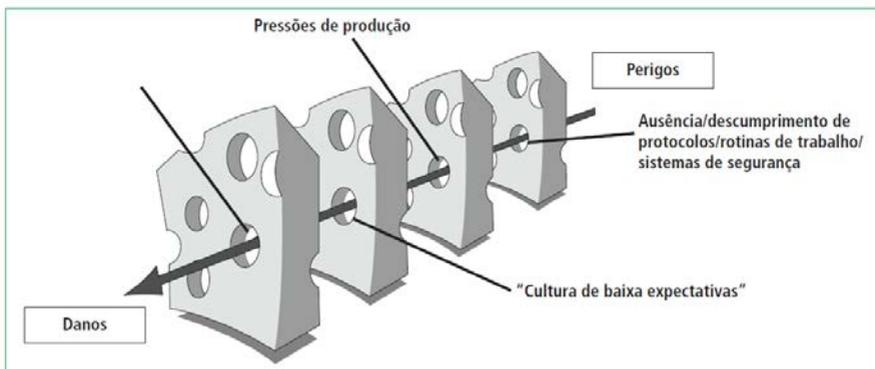
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores:
 - Os Protocolos de Segurança do Paciente são instrumentos baseados em evidências científicas, valiosos para a padronização de processos de trabalho e importantes para a qualidade da assistência.
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde:
 - O modelo do queijo suíço (Figura 1) mostra a abordagem sistêmica de gerenciamento de erro ou falha. Quando não há camadas (barreiras), os buracos do queijo se comunicam. O vetor representa que o risco não encontrou barreira e chegou ao paciente. As barreiras que impedem que o risco se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente, dose unitária de medicamentos, uso de comunicação efetiva entre os profissionais, entre outros.
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde:
 - O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam no serviço de saúde.
 - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde:
 - Ressalta-se que uma única fonte de monitoramento e avaliação não é aconselhável. O sistema de informação não é um fim em si mesmo. São necessários outros mecanismos de captação de informação, como busca ativa em prontuários, *work rounds*, auditoria e outras. E escolha de cada uma dessas atividades deve ser compatível com a infraestrutura e amadurecimento institucional sobre o tema.
 - Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde:
 - O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.
 - Notificar ao SNVS os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde:
 - Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EA sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.
 - O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e os *links* para



notificação estão disponibilizados no Portal da ANVISA (www.anvisa.gov.br) e *Hotsite* Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>).

- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EA:
 - Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EA naquele estabelecimento; nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;
 - Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Figura 1. Modelo do queijo suíço de acidentes organizacionais de James Reason.



Fonte: Adaptado de: Wachter RM; 2013. p.22²⁶

Com o objetivo de disseminar e fortalecer o conhecimento das metas internacionais de segurança do paciente, o NSP promove a confecção de crachá ilustrando as metas com as principais intervenções, a serem distribuídos a todos os funcionários (Figura 2).



Figura 2. Crachá com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente distribuídos a todos os funcionários do HMEC.



Fonte: Núcleo de Segurança do Paciente – HMEC





3. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP)

O PSP é o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo Serviço de Saúde para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente²⁵.

A elaboração do PSP do HMEC foi realizada por meio de uma análise utilizando a metodologia *Brainstorming* para identificação dos avanços e adequações e as oportunidades de melhorias, entre a situação real e o que propõe a RDC 36/2013 relacionado às ações de gestão de risco para as 17 atividades descritas nessa Resolução²⁵:

- I- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV- Identificação do paciente;
- V- Higiene das mãos;
- VI- Segurança cirúrgica;
- VII- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI- Prevenção de quedas dos pacientes;
- XII- Prevenção de úlceras por pressão;
- XIII- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV- Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII- Promoção do ambiente seguro.

O *Brainstorming*, traduzido como “tempestade de idéias”, consiste num método em que várias pessoas são envolvidas e podem fazer parte da



tomada de decisão através da geração de idéias, que irá contribuir para solução de um problema ou melhoria do processo.

A estruturação do PSP foi desenvolvida utilizando a ferramenta 5W2H, muito utilizada para identificação das ações, definindo responsabilidades, setores, prazos, justificativa, métodos e custos para a tomada de decisão sobre os principais elementos que orientarão a implementação do plano²⁷. Esta ferramenta é composta por 7 campos em que devem constar as seguintes informações:

1. WHAT ou o que: ação ou atividade que ser executada ou problema ou o desafio que deve ser solucionado;
2. WHY ou porquê: justificativa dos motivos e objetivos daquilo estar sendo executado ou solucionado;
3. WHO ou quem: definição de quem será (serão) o(s) responsável (eis) pela execução do que foi planejado;
4. WHERE ou onde: informação sobre onde cada um dos procedimentos será executado;
5. WHEN ou quando: cronograma sobre quando ocorrerão os procedimentos;
6. HOW ou como: explicação sobre como serão executados os procedimentos para atingir os objetivos pré-estabelecidos;
7. HOW MUCH ou quanto: limitação de quanto custará cada procedimento.

Para monitorar e avaliar os resultados de PSP foi estabelecida uma graduação quantitativa e visual que propiciasse a percepção do andamento das ações, sendo:

Ação concluída (90-100% de realização)

Ação em andamento (89-50% de realização)

Ação não iniciada ou em estágio inicial (<50% de realização)



4. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS

Lucian Leape considera que para um sistema de notificação de incidentes seja efetivo são necessárias as seguintes características²⁸:

- Não punitivo;
- Confidencial;
- Independente- os dados analisados por organizações;
- Resposta oportuna para os usuários do sistema;
- Orientado para soluções dos problemas notificados;
- As organizações participantes devem ser responsivas as mudanças sugeridas.

O que notificar?

Notificar qualquer ocorrência relacionada à Segurança do Paciente.

Como e onde notificar?

O HMEC adotou o sistema de notificação voluntária manual através de impresso próprio (Anexo V), disponível nos setores para depositar em urnas (Figura 3) localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Pronto Socorro, Unidade Neonatal e Bloco Cirúrgico ou entregar pessoalmente no Núcleo de Segurança do Paciente.

Figura 3. Urna para depositar as notificações.



Fonte: Núcleo de Segurança do Paciente – HMEC

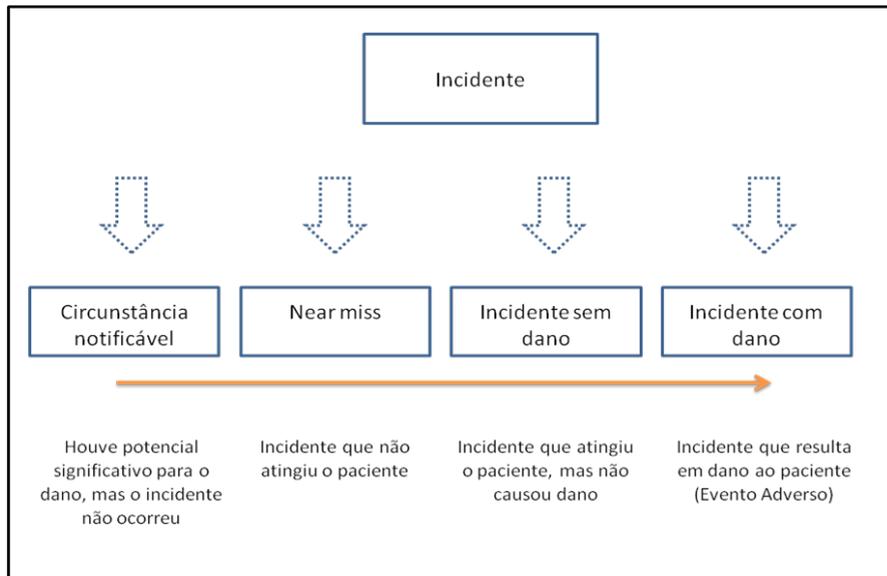
Por que notificar?

As notificações são avaliadas pela Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, analisadas e classificadas de acordo com a Taxonomia da OMS²⁹ (Figura 4) para providências corretivas e preventivas:

- Circunstância Notificável (Incidente notificável): circunstância em que houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu.
- Incidente sem dano: o evento atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.
- Incidente com dano (Evento Adverso): incidente que resultou em dano ao paciente.
- *Near miss*: incidente que não atingiu o paciente.



Figura 4. Taxonomia OMS – ICPS 2009



Fonte: Proqualis, 2012²³.

Algumas notificações necessitam da formação de um grupo de investigação, utilizando as ferramentas de *Brainstorming* e Diagrama de *Ishikawa* para analisar a causa raiz, finalizando com a elaboração de um plano de ação estruturado na ferramenta 5W2H.

O Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido como Espinha de Peixe, é uma ferramenta usada para detectar relação existente entre um resultado de um processo (efeito) e os fatores (causas) do processo que possam afetar o resultado. O criador do método, Kaoru Ishikawa, identificou 6 tipos de fatores em que as causas podem ser classificadas, conhecidos como 6M: Método, Máquina, Medida, Meio Ambiente, Mão de Obra e Material³⁰.

De acordo com art. 10 da RDC 36/2013²⁵ a notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15^o dia útil do



mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas no NOTIVISA. Os eventos adversos que evoluírem para óbito, assim como os *never events*, “eventos graves” (Anexo VI) devem ser notificados em até 72 horas a partir do ocorrido.



5. METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5.1. IDENTIFICAR OS PACIENTES CORRETAMENTE

Objetivo: garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado às pessoas para a qual se destinam.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento, e podem acarretar danos graves ao paciente, como erros de medicação, erros na transfusão de hemocomponentes, erros no resultados de exames, realização de procedimento em paciente errado ou local errado, troca de bebês, entre outros.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003³¹.

Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, desde a admissão, transferência, antes dos cuidados, procedimentos, consultas, administração de medicamentos e hemocomponentes.

Nesses momentos os profissionais devem checar com o paciente, solicitando que o mesmo verbalize seu **nome completo e data de nascimento**, conferindo com sua pulseira de identificação e etiquetas do prontuário.

Além da identificação do paciente, justifica-se também, na perspectiva do cuidado seguro, a identificação de riscos. Sendo utilizada a **pulseira laranja para identificar alergia, pulseira azul para identificar risco de queda e pulseira roxa para identificar gemelares. (Figura 5)**



Figura 5. Pulseiras de identificação de riscos



Fonte: Núcleo de Segurança do Paciente – HMEC

5.1.1. INTERVENÇÕES

- Enfatizar a responsabilidade dos profissionais de saúde na conferência da identificação do paciente antes da realização de qualquer cuidado que inclui:
 - Administração de medicamentos;
 - Administração de hemocomponentes e hemoderivados;
 - Coleta de material biológico;
 - Consulta ambulatorial;
 - Entrega de dieta;
 - Oferta e administração de dieta;
 - Realização de exames diagnósticos;
 - Realização de procedimentos invasivos;
 - Realização de procedimentos cirúrgicos.
- A pulseira de identificação do **paciente adulto** deve ser colocada no membro superior direito;
- Nos **recém-nascidos** devem ser colocadas **duas pulseiras**, uma no membro superior e outra no membro inferior, sempre de forma contralateral;
- Pacientes homônimos, quando possível, não podem ficar na mesma enfermaria e nem sob o mesmo cuidado do mesmo profissional. Esta recomendação também se aplica aos gemelares e filhos de mães homônimas;



- Encorajar o paciente e a família a participar de todas as fases do processo de identificação, esclarecendo sua importância;
- Realizar a identificação dos frascos de amostra de exames na presença e confirmação do paciente, com identificações que permaneçam nos frascos durante todas as fases de análise (pré-analítica, analítica e pós-analítica);
- Confirmar a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente, antes da sua administração;
- Verificar rotineiramente a integridade das informações nas pulseiras de identificação do paciente, e registrar no prontuário;
- A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe);
- Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os dois identificadores;
- A conferência da identificação do paciente não deve ocorrer apenas no início de um cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua internação;
- PEÇA ao paciente que declare (e, quando necessário, soletre) seu nome completo e data de nascimento;
- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo;
- Lembrar que a pulseira deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o mesmo pode não compreender e concordar por engano;
- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta no impresso esteja correta.
- Verificar Protocolo

5.2. MELHORAR A COMUNICAÇÃO EFETIVA

Objetivo: Desenvolver uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, seja ela eletrônica, verbal ou escrita.



A segurança da assistência depende de uma comunicação entre os profissionais. Segundo a *Joint Commission International (JCI)*, a efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde³².

Existem diversas formas de comunicação, como verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras, sendo fundamental que ocorra de forma adequada permitindo o entendimento entre as pessoas.

A comunicação é um processo recíproco, uma força dinâmica capaz de interferir nas relações, facilitar e promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas e influenciar comportamentos. É um processo-chave nas trocas de plantão entre equipes, nas transferências do paciente entre unidades internas e externas, nas situações de emergência e em todos os registros do paciente.

As informações do pacientes são registradas no prontuário, que é um documento legal e contém todas as informações do processo assistencial, desde a admissão até a alta. Seu preenchimento é realizado por todos os profissionais envolvidos no cuidado, e o acesso a essas informações é um dos direitos do paciente.

A complexidade do cuidado à saúde exige o envolvimento de profissionais de diversas áreas, serviços e níveis de atenção entre os profissionais, de uma equipe para a próxima e entre profissionais, paciente e familiar, portanto a comunicação efetiva é responsabilidade de todos os funcionários que trabalham na Instituição.

5.2.1. INTERVENÇÕES

5.2.1.1. PASSAGEM DE PLANTÃO

- Transmitir informações sobre o paciente em ambiente tranquilo, livre de interrupções esclarecendo as dúvidas do outro profissional;
- Comunicar as condições do paciente, os medicamentos que utiliza, os resultados de exames, a previsão do tratamento, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas em sua evolução.



5.2.1.2. REGISTRO EM PRONTUÁRIO

- Verificar a identificação do paciente nos formulários onde estão sendo realizados os registros se pertence ao paciente correto;
- Colocar data e horário antes de iniciar o registro da informação;
- Registrar as informações em local adequado, com letras legíveis e sem rasuras;
- Fazer uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas;
- Realizar o registro de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais;
- Colocar a identificação do profissional ao final de cada registro, com carimbo e assinatura.

ATENÇÃO!

- A gravidade do paciente e a complexidade dos cuidados favorecem a ocorrência de erros de omissão ou de distorção da comunicação entre os profissionais, comprometendo, assim, a segurança do paciente;
- O paciente tem o direito de conhecer os registros realizados em seu prontuário clínico;
- As informações referentes às condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos funcionários envolvidos e aos que são autorizados pelo paciente ou legalmente estabelecidos;
- **Não é permitida prescrição verbal, exceto em situações de emergência;**
- Nesses casos no momento em que se faz uma ordem verbal, ou se comunicam resultados críticos de exames, devemos nos certificar de que a informação foi compreendida e registrada corretamente por quem recebeu. Para isso, o profissional que recebeu a ordem ou resultado deve, em primeiro lugar, deve “ler de volta” (read back) a informação completa e após confirmação, realizar o procedimento ou comunicar o resultado de exame.
- Utilizar estratégias que facilitem a compreensão das mensagens. A técnica ou metodologia SBAR (Situação, Background, Avaliação e Recomendação) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Pode ser utilizada em várias situações como, por exemplo, na passagem de plantão e transferência do paciente de uma unidade para outra. Na técnica SBAR, Situação corresponde ao enunciado conciso do problema; Background, à



informação pertinente e breve acerca da situação/problema; Avaliação, à análise e opções de resolução/encaminhamento e Recomendação à ação necessária/recomendada³³.

5.3. MELHORAR A SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

Objetivo: Promover práticas seguras na administração adequada dos medicamentos de alta vigilância.

Medicamentos de alta vigilância são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.

Os erros que ocorrem com esses medicamentos não são os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte³⁴.

Incluem-se nesta classificação os anticoagulantes orais, soluções eletrolíticas concentradas, hipoglicemiantes, soluções cardioplégicas e drogas vasoativas³⁵.

O Setor de Farmácia do HMEC padronizou os seguintes medicamentos de alta vigilância:

- Cloreto de Sódio 20%
- Cloreto de Potássio 19,1%
- Epinefrina 1mg/ml
- Heparina sódica 5.000UI
- Insulina Humana NPH

Eles são identificados com etiqueta circular vermelha e os bins também identificados com essa mesma etiqueta, como a seguir:



MEDICAMENTO	IDENTIFICAÇÃO
<p>Cloreto de Sódio 20%</p> 	<p>Etiqueta vermelha na ampola</p>
<p>Cloreto de Potássio 19,1%</p> 	<p>Etiqueta vermelha na ampola</p>
<p>Epinefrina 1mg/ml</p> 	<p>Etiqueta vermelha na embalagem</p>
<p>Heparina Sódica 5.000 Unidade Internacional</p> 	<p>Etiqueta vermelha na embalagem</p>



<p>Insulina NPH</p> 	<p>Etiqueta vermelha na embalagem</p>
---	---------------------------------------

5.3.1. INTERVENÇÕES

- Estas medicações não devem estar facilmente disponíveis nos setores em que seu uso não seja freqüente, devendo ser dispensados pela Farmácia de modo diferenciado, com etiquetas vermelhas, separadas do restante das medicações;
- Destacar esses medicamentos nas prescrições médicas;
- Realizar dupla checagem no preparo e administração desses medicamentos;
- Conferir os 9 certos:
 1. Medicação certa
 2. Paciente certo
 3. Dose certa
 4. Via certa
 5. Horário certo
 6. Registro certo
 7. Indicação certa
 8. Forma farmacêutica certa
 9. Resposta certa

5.4. ASSEGURAR CIRURGIAS COM LOCAL DE INTERVENÇÃO, PROCEDIMENTOS E PACIENTES CORRETOS

Objetivo: Aperfeiçoar a comunicação entre os membros da equipe envolvida no processo. Assegurar o envolvimento do paciente na marcação do local da intervenção. Garantir cirurgias com local de intervenção, procedimento correto e paciente correto.



A OMS e a Universidade de Harvard criaram o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, em 2007, e assumiram a liderança no estabelecimento de normas globais padronizações na preparação de políticas públicas e práticas de segurança do paciente³⁶. Em 2008, a assistência cirúrgica segura foi escolhida pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, como “Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente”.

Dados de 56 países apontam que em 2004, o volume anual de cirurgias de maior porte foi estimado entre 187-281 milhões de operações, ou seja, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 seres humanos vivos por ano³⁷.

Em países industrializados, a taxa de complicações importantes foi documentada com incidência de 3-16% em procedimentos cirúrgicos em pacientes internados e a taxa de mortalidade em 0,4-0,8%^{38,39}. Cerca de metade dos eventos adversos nestes estudos foi determinada como evitável. Estudos em países em desenvolvimento sugerem uma taxa de mortalidade de 5-10% associada a cirurgias de maior complexidade^{40,41} e uma taxa de mortalidade durante anestesia geral é relatada como sendo tão alta quanto 1 para cada 100 pacientes em áreas da África subsaariana⁴².

5.4.1. LISTA DE VERIFICAÇÃO – CHECKLIST

A lista de verificação de segurança cirúrgica do HMEC foi adaptada a partir do modelo da OMS, e possui 5 etapas (Anexo VII):

I – Antes do encaminhamento para o Bloco Cirúrgico

- Essa etapa é realizada na Unidade de Internação Adulto pela equipe de enfermagem, que verifica a pulseira de identificação do paciente, presença de jejum, confirma verbalmente a identificação do paciente questionando nome completo e data de nascimento, sítio cirúrgico e procedimento;
- A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada pelo médico e confirmada com o paciente consciente, com caneta permanente que não saia com água nem produtos de antissepsia, registrando o símbolo de alvo; (⊙)
- Verificar retirada de adornos e próteses móveis;



- Termo de Consentimento Informado- Cirúrgico e Anestésico- deve estar assinado pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos pelo médico;
- Verificar presença de exames pré-operatórios, tipagem sanguínea, necessidade de reserva de hemocomponente.

II – Admissão no Bloco Cirúrgico (Check In)

- Esta etapa é realizada na admissão do Bloco Cirúrgico pelo enfermeiro;
- Confirmar verbalmente com o paciente sua identificação com nome completo e data de nascimento, sítio cirúrgico, procedimento e lateralidade;
- Verificar a demarcação da lateralidade;
- Verificar os Termos de Consentimentos assinados.

III – Antes de iniciar a cirurgia (Time Out)

- Time Out é a pausa cirúrgica momentânea feita pela equipe imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, dentro da sala cirúrgica, confirmando verbalmente com todos os membros da equipe todas as informações abaixo;
- O condutor da Lista de Verificação confirma a identificação do paciente com nome completo e data de nascimento, procedimento, sítio cirúrgico e lateralidade; confirma a apresentação de todos os membros da equipe com nome e função;
- Solicitar ao anestesiológista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica, que inclui carrinho de anestesia, materiais de intubação e kit anestésico;
- Verificar funcionamento do monitor multiparamétrico no paciente;
- Verificar junto à equipe médica se todos os materiais e equipamentos (incluindo próteses) estão estéreis e disponíveis;
- Confirmar com paciente alergia conhecida. Se sim, verificar a presença de etiqueta laranja na prescrição e prontuário, e uso da pulseira laranja no



paciente, identificando o risco e garantir que o anestesiológico e cirurgião tenha esse conhecimento;

- Verificar a necessidade e disponibilidade dos exames de imagens;
- Verificar com o anestesiológico se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil e o risco de aspiração;
- Verificar com anestesiológico e cirurgião se o paciente tem risco de perda sanguínea > 500ml e disponibilidade de reserva de hemocomponente;
- Verificar com anestesiológico e cirurgião se o paciente tem risco de trombose, e verificar medidas para prevenção adotada;
- Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana administrada durante os últimos 60 minutos antes da incisão cirúrgica.

IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia (Check Out)

- O condutor confirma verbalmente com a equipe a pulseira de identificação do paciente e se o procedimento realizado foi o mesmo do programado;
- Confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, agulhas e instrumentais;
- Confirmar a identificação correta/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica antes de ser encaminhada;
- A equipe cirúrgica verificará as recomendações de cuidados imediatos para a RPA;
- Documentar problemas com materiais/ equipamentos.

V – Antes do paciente ser encaminhado para RPA/UTI Adulto

- Registrar o nível de consciência do paciente, e presença de dispositivos;
- Conferir o envio do prontuário completo contendo relatório de cirurgia, ficha de monitorização anestésica e prescrição médica, carimbada e assinada;



- Conferir se todas as etapas da Lista de Verificação foram devidamente verificadas, carimbada e assinada pelos profissionais envolvidos.

5.4.2. INTERVENÇÕES

- Estimular a comunicação eficaz e adequada entre os membros da equipe, eliminando quaisquer dúvidas a respeito de quais procedimentos serão realizados e os materiais que deverão ser utilizados;
- Verificar se o prontuário pertence ao paciente correto, se os procedimentos cirúrgicos e anestésicos foram planejados, e se estão anotados no prontuário, e se os exames laboratoriais e de imagem são de fato do paciente correto;
- Confirmar se os materiais imprescindíveis para realizar o procedimento se encontram em pronto funcionamento na sala e se o carrinho de emergência está completo;
- Aplicar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica nas diferentes etapas do processo de preparo do ambiente físico pra o procedimento, checando itens como montagem de sala cirúrgica, conferência dos documentos em prontuário e verificação do carrinho de anestesia;
- Certificar de que toda lista foi devidamente verificada, carimbada e assinada pelos profissionais envolvidos;
- Verificar Protocolo.

ATENÇÃO!!!

- A marcação cirúrgica deve ser clara e sem ambigüidade, devendo ser visível mesmo após o paciente preparado e coberto. Médico responsável utiliza material próprio para demarcação com o envolvimento do paciente.

5.5. REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Objetivo: Promover a prevenção e o controle de infecções em todos os setores, implementando programa efetivo para higienização das mãos.

As infecções relacionadas à assistência à saúde constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo ações efetivas de prevenção e controle pelos serviços de saúde. As infecções nesses serviços ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais e podem acarretar sofrimentos e



gastos excessivos para o sistema de saúde. Ainda, podem resultar em processos e indenizações judiciais, nos casos comprovados de negligência durante a assistência prestada.

O primeiro desafio global, previsto na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, está focado na prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Apresenta como lema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e envolve ações relacionadas à melhoria da Higienização das Mãos (HM) em serviços de saúde.

Infelizmente, apesar de inúmeras evidências de que a correta HM é uma medida importante para a redução da transmissão de micro-organismos por meios das mãos, a adesão a esta prática permanece baixa nos serviços de saúde, com taxas mundiais de adesão que variam de 5% a 81%, sendo em média, 40% nas unidades de internação⁴³.

Fatores relacionados com a baixa adesão à HM em serviços de saúde envolvem: ausência de lavatórios e pias; deficiência de insumos como sabonete e papel toalha; falta de estímulo; falha na atitude pessoal; presença de dermatites, ressecamento ou outras lesões de pele; falta de exemplos por parte de colegas e superiores e capacitação insuficiente^{44,45}.

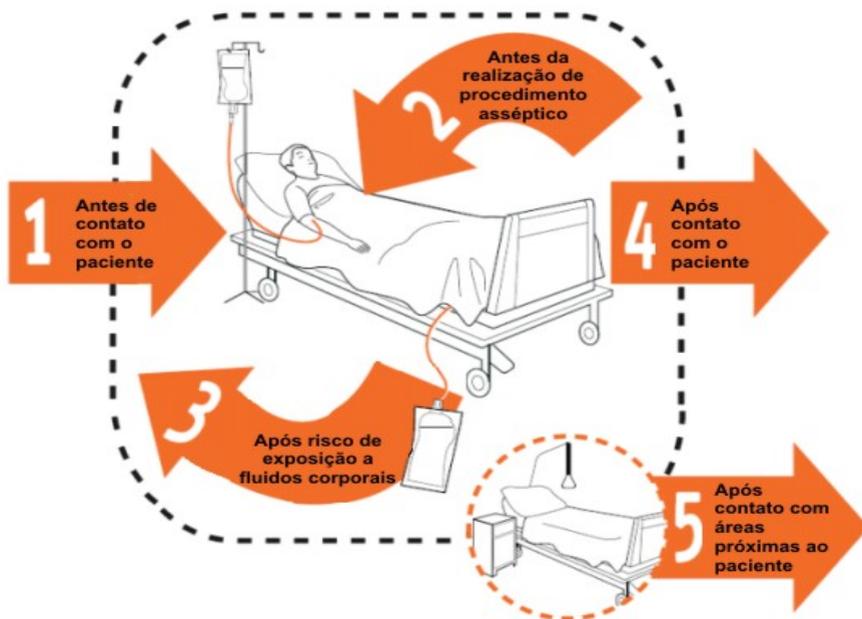
Atualmente, o uso de produto para fricção antisséptica das mãos sem o uso de água é amplamente recomendado, pela facilidade de sua distribuição na instituição. Ainda estudos recentes sobre a introdução de novos métodos de HM apontam que o uso de preparação alcoólica aumentou a adesão dos profissionais de saúde a esta prática^{45,46,47}.

A proposta da OMS para HM se baseia em cinco momentos durante a prestação de cuidados⁴⁸:

- Antes de contato com o paciente;
- Após realização de procedimento asséptico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contato com o paciente;
- Após contato com áreas próximas ao paciente.

Verificar protocolo no Manual do SCIH.

Figura 6. Os cinco momentos para higiene das mãos em serviços de saúde.



Fonte: OPAS/OMS, Anvisa/MS, 2008.

5.6. REDUZIR O RISCO DE LESÕES AO PACIENTE DECORRENTES DE QUEDAS

Objetivo: Prevenir e controlar os riscos de lesões decorrentes de quedas, por meio de uma criteriosa avaliação da população atendida, dos serviços prestados e das instalações das Instituições.

Queda é definida como não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda 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 (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, berço, etc.), incluindo vaso sanitário^{49,50}.



As quedas estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde. Além dos danos físicos e emocionais, as quedas afetam a confiança do paciente e da família nos serviços de saúde, assim como acarretam custos desnecessários aos serviços pelo aumento do tempo de hospitalização, intervenções, tratamentos e exames para reduzir os possíveis danos causados aos pacientes.

Existem vários fatores de risco associados às quedas de pacientes, entre eles destacam-se a idade, pluralidade de patologias, mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Muitas vezes estes fatores estão agravados pelo uso de medicamentos, alterações cognitivas e procedimentos médicos que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de quedas⁵¹. Aspectos ambientais e de recursos humanos também são apontados como fatores de risco para quedas.

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia⁵².

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito⁵³.

5.6.1. INTERVENÇÕES

- Avaliar diariamente o paciente quanto aos fatores de risco no Impresso de Avaliação de Risco e Indicadores de Qualidade Adulto P 059B (Anexo VIII);
- Identificar o risco do paciente com pulseira de cor azul (Figura 7);
- Orientar paciente e familiar quanto às medidas preventivas de queda;
- Entregar folder explicativo com as medidas preventivas (Figura 8);
- Criar ambiente físico que minimize o risco de ocorrência de quedas, como barras de segurança nos banheiros e manter a área de circulação das enfermarias e corredores livres e com boa iluminação;
- Manter a campanha sempre ao alcance do paciente;
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campanhas;
- Não deixar a paciente se levantar sozinha no POI (Pós-operatório imediato);



- Acompanhar e auxiliar no primeiro banho.

5.6.1.1. RECÉM-NASCIDO

- Transferir o recém-nascido sempre em berço ou incubadora de transporte;
- Utilizar avental próprio para realização de posição canguru;
- Manter as portinholas sempre fechadas;
- Quando necessário, manter abertura de portinhola devido hipertermia, deixar somente a portinhola inferior (expurgo);
- Manter os bebês envolvidos no “ninho” ou rolo de pano na parte inferior, para apoio;
- Atentar para pais adormecendo com bebê no colo;
- Permitir somente que funcionários retirem o RN da incubadora.

5.6.1.2. PUÉRPERAS

- Orientar a mãe a NÃO deixar seu bebê na cama sozinho;
- Orientar a mãe a NÃO dormir com seu bebê na cama;
- Verificar Protocolo.

Figura 7. Pulseira de identificação de risco.





Figura 8. Folder com orientações de medidas preventivas para o paciente e familiares.







6. DEZ PASSOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Elaborado a Cartilha 10 passos para a Segurança do Paciente a partir de ampla discussão com membros do Polo São Paulo da REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente) em parceria com a Câmara Técnica do COREN-SP, no sentido de contemplar os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados⁵⁴.

Além dos passos referentes às metas internacionais de segurança do paciente já citados anteriormente, a Cartilha aborda outros passos com base em evidências científicas atualizadas, como os seguintes:

6.1. SEGURANÇA NO USO DE CATETERES E SONDAS- CONEXÕES CORRETAS

A infusão de soluções em vias erradas, como soluções que deveriam ser administradas em sondas enterais serem realizadas em cateteres intravenosos, devido à possibilidade de conexão errada, é um evento frequente, porém pouco documentado, que pode causar graves consequências e até mesmo o óbito do paciente.

Estudos realizados em várias partes do mundo evidenciam que o uso generalizado do conector *luer* tem contribuído para a ocorrência de eventos adversos que resultaram em sérios danos a saúde dos pacientes, incluindo a morte^{55,56,57}.

No período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Maio de 2006, o *National Reporting and Learning System* identificou trinta e dois casos de medicamento oral que foram administrados via intravenosa, sete eventos nos quais a medicação epidural foi administrada via intravenosa e mais seis onde a medicação intravenosa foi administrada via epidural⁵⁸.

No Brasil, notícias relacionadas a eventos adversos estão se tornando frequentes. Um dos casos mais recentes, ocorreu em 2 de março de 2012, envolvendo um recém-nascido, com 1 mês de vida, que recebeu leite materno por via intravenosa, resultando em sua morte. Com o mesmo



infeliz desfecho, uma idosa de 88 anos faleceu em 8 de outubro de 2012, após ter recebido “sopa na veia”.

6.1.1. INTERVENÇÕES

- Orientar os pacientes e familiares a não manusear os dispositivos, não devendo realizar conexões ou desconexões;
- Identificar cateteres de alto risco como os arteriais, peridurais e intratecais, e os mesmos não devem possuir entradas secundárias para injeção;
- Verificar todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar reconexões, desconexões, ou administração de medicamentos e soluções;
- Posicionar os sistemas de infusão (equipos, buretas, extensões) em diferentes sentidos;
- Realizar a passagem de plantão entre turnos e entre unidades de internação com dupla checagem das conexões dos dispositivos;
- Não forçar nenhuma conexão. Se uma conexão está difícil de ser feita – ela requer muito esforço – deve-se considerar a possibilidade de erro de conexão. Da mesma forma, se uma conexão parecer não segura, checar se os componentes estão corretos;
- Executar conexões somente sob condições adequadas de iluminação;
- Rechecar as conexões e rastrear todos os tubos e cateteres de um novo paciente no setor;
- Informar colaboradores não-clínicos, pacientes e seus familiares para solicitar auxílio do corpo de enfermagem ou médico, sempre que houver a necessidade de conectar ou desconectar dispositivos ou infusões;
- Utilizar somente equipo próprio para infusão de dietas enterais;
- Utilizar bomba de infusão própria para dieta ser administrada, se disponível;
- Priorizar a escolha de cateteres, sondas e seringas desenvolvidos com dispositivos que previnam conexões incorretas e contribuam para a segurança do paciente;
- Incentivar o paciente e seus familiares a participar da confirmação dos medicamentos e soluções que serão administrados.



6.2. ENVOLVIMENTO DO PACIENTE COM SUA PRÓPRIA SEGURANÇA

Como tentativa de reduzir a ocorrência de eventos adversos, Senders refere que uma das medidas mais simples, mas extremamente importante, é o paciente ser um membro ativo da equipe de cuidados a ele prestados, com o objetivo de obter melhores resultados⁵⁹.

Pesquisadores do *Picker Institute Europe*, desenvolveram em 2002 um questionário intitulado *Picker Patient Experience Questionnaire* (PPE-15) composto por 15 questionamentos que mensuram aspectos específicos das experiências dos pacientes em instituições de saúde. Dentre os problemas identificados pelos pacientes que responderam, destacamos: respostas não claras, por parte de médicos e enfermeiros, aos questionamentos dos pacientes; médicos não discutem ansiedade e sentimentos; nem sempre o paciente é tratado com respeito e dignidade; familiares não tem oportunidade de conversar com os médicos e objetivos e efeitos adversos de medicamentos não são explicados⁶⁰.

Um estudo mostrou que a maioria dos 241 pacientes participantes não entende o plano de cuidados estipulado e tem uma compreensão limitada sobre o seu diagnóstico e tratamento, o que pode afetar sua capacidade em fornecer informações para o tratamento e também em assumir seus próprios cuidados após a alta⁶¹.

Paciente pela Segurança do Paciente é um programa da OMS que estabelece que haverá melhora na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros. A visão desse programa é o de “um mundo em que os pacientes devem ser tratados como parceiros nos esforços para prevenir todo mal evitável em saúde”.

A maior parte dos pacientes não conhece seus direitos e os que conhecem muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais da saúde. Parte dos profissionais da saúde reage mal, quando pacientes indagam sobre qual o tipo de medicamento está sendo administrado, ou quando solicitam uma segunda opinião sobre seu diagnóstico. Raros são os estabelecimentos de saúde que preparam seus profissionais para informar ao paciente e seus familiares que um erro foi cometido.



6.2.1. INTERVENÇÕES

- Estimular o paciente ou o responsável a participar das decisões do cuidado;
- Analisar as fragilidades do paciente e a fase do tratamento ou doença, como a fadiga, estresse, dor e desconforto, associados à ansiedade e ao medo, uma vez que estes aspectos podem influenciar as respostas do paciente;
- Propiciar o fortalecimento do vínculo do paciente e família com a equipe, pois estes fornecem informações sobre os sintomas, a história e o tratamento;
- Compartilhar decisões sobre o tratamento e procedimento, por meio de informações referentes aos potenciais benefícios, riscos e prejuízos sobre cada opção que for apresentada;
- Utilizar meios adequados e linguagem compreensível para disponibilizar as informações aos diferentes grupos de pessoas;
- Utilizar recursos que se adaptem aos pacientes para compreender as informações fornecidas;
- Avaliar as dificuldades de comunicação, barreiras de linguagem, falta de entendimento das orientações, fatores sociais e de personalidade que prejudicam a tomada de decisão adequada;
- Criar estratégias para verificar se o paciente compreendeu as informações, repetindo-as, caso os objetivos não tenham sido alcançados;
- Permitir que o paciente consulte as informações registradas no prontuário a respeito dos seus cuidados e tratamento, mantendo os documentos devidamente preenchidos, claros e sem rasuras;
- Antes da realização de qualquer procedimento, conferir a identificação do paciente, questionando verbalmente seu nome completo e data de nascimento;
- Antes da administração do medicamento, explicar o nome e ação esperada do mesmo;
- Respeitar o tempo de cada paciente para compreender as informações fornecidas;
- Levar em consideração perguntas, queixas e observações do paciente, pois ele é a última barreira para impedir que eventos adversos ocorram.



6.3. SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA

Quando se fala em tecnologia em saúde, faz-se referência a duas dimensões específicas; uma que se refere aos equipamentos, técnicas e medicamentos denominados como produtos (1ª dimensão) e outra que diz respeito às relações de produção, elementos organizacionais e procedimentos que determinam a assistência à saúde e tornam possível a sua prática, denominados como processos (2ª dimensão). Toda esta cadeia de produtos e processos está intimamente ligada, caracterizando o conceito de tecnologia em saúde.

A tecnologia em saúde é, portanto, o conjunto de produtos e processos que visam o oferecimento de um diagnóstico mais preciso ou de um tratamento mais adequado e correto ao paciente, com vistas a reduzir a morbidade e mortalidade.

O ambiente hospitalar hospeda hoje desde tecnologias muito simples até os complexos e sofisticados métodos computadorizados de diagnóstico e tratamento. Tais tecnologias incluem a aplicação de conhecimentos gerados continuamente, a prestação de serviços de atendimento ao doente, a utilização de equipamentos mecânicos e eletrônicos, procedimentos, métodos e processos inovadores para a organização das diferentes atividades humanas em busca da recuperação da saúde. Consequência deste volume de conhecimentos gerado na área da saúde e voltado principalmente para o diagnóstico e tratamento das doenças, a tecnologia utilizada nos hospitais encontra-se num movimento contínuo de inovação, exigindo uma permanente preocupação dos responsáveis pelos serviços, na busca da competitividade, objetivando a superação dos padrões assistenciais vigentes⁶².

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

6.3.1. INTERVENÇÕES

- Consultar o manual do fabricante de qualquer equipamento;
- Avaliar se o equipamento apresenta condições adequadas para o uso;



- Simular o funcionamento normal do aparelho, desconecte o plugue da tomada e verifique se o alarme de bateria começa a soar;
- Realizar a limpeza programada do equipamento e/ou sempre que necessário;
- Verificar o adequado funcionamento do equipamento;
- Verificar em que condições encontra-se o equipamento, se foi realizado a manutenção e a programação para manutenção preventiva e calibração do equipamento;
- Pedir orientações ao Serviço de Engenharia ou Manutenção sobre o uso adequado de equipamentos quando houver qualquer dúvida;
- Pedir para que o paciente comunique o profissional em caso de alarme ou problema técnico com equipamento, orientando a ele não tentar solucionar;
- Posicionar o equipamento em local seguro para prevenir quedas e acidentes;
- Monitorar o paciente com frequência, analisando as condições de do equipamento em uso;
- Analisar se o equipamento tem condições técnicas para o atendimento das necessidades clínicas do paciente, participando do processo de adequação da tecnologia aplicada ao cuidado de enfermagem;
- Certificar de que possui habilidade e conhecimento técnico para o manuseio do equipamento com segurança;
- Se o paciente referir alergia a algum produto/ conexão/ tubo do equipamento, registrar no prontuário, realizar a substituição e comunicar ao setor responsável;
- Promover educação permanente quanto ao uso seguro dos materiais e equipamentos;
- Realizar ampla divulgação quando no momento da inclusão de novos equipamentos. Nos primeiros meses de utilização, deve supervisionar o manejo e funcionamento adequado para identificar incongruências entre a utilização segura, recomendada pelo fabricante, e a praticada pelos profissionais;
- Estabelecer uma lista com os passos para confirmar a instalação e programação corretas dos equipamentos antes de conectá-lo ao paciente. Sempre que possível, utilizar ilustrações para orientar o uso dos equipamentos;
- Os equipamentos que apresentarem problemas de funcionamento devem ser separados dos demais, identificados com etiqueta de proibição



de uso e providenciado o pronto encaminhamento ao setor responsável pela manutenção;

- Os sistemas de alarme não podem ser desativados, tanto por membros da equipe de saúde como pelo paciente e/ou acompanhante.

6.4. PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

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

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%⁶³. No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital⁶⁴. No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%⁶⁵.

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar⁶⁶:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2% a 23,9%;
- Cuidados agudos: as taxas de prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%;



- Atenção domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e a incidência variam entre 0% e 17%.

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

Apesar da maioria das úlceras por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo estimado do tratamento de UPP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano⁶⁷.

Fatores de risco para úlcera por pressão:

- Grau de mobilidade alterado;
- Incontinência urinária e/ou fecal;
- Alterações da sensibilidade cutânea;
- Alterações do estado de consciência;
- Presença de doença vascular;
- Estado nutricional alterado.

A avaliação de risco para úlcera por pressão em adultos é realizada através da escala de Braden (Tabela 1), composta de 6 subclasses que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. Pacientes com escores de 18 ou abaixo são considerados de risco para a aquisição de úlcera por pressão.



Tabela 1. Escala de Braden

Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Completamente molhada	2. Muito molhada	3. Ocasionalmente molhada	4. Raramente molhada
Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Totalmente imóvel	2. Bastante limitado	3. Levemente limitado	4. Não apresenta limitações
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum problema	
PONTUAÇÃO				
19 a 23: Nenhum risco	15 a 18: Risco	13 a 14: Risco Moderado	10 a 12: Alto risco	9 ou abaixo: Altíssimo risco

Fonte: PARANHOS E SANTOS, 1999.

6.4.1. INTERVENÇÕES

- Avaliar o de risco na admissão de todos os pacientes, utilizando a escala de Braden do impresso P059B;
- Reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de UPP;
- Inspeccionar diariamente a pele;
- Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento;
- Manter os lençóis secos e sem vincos;
- Hidratar a pele do paciente com cremes à base de ácidos graxos essenciais;
- Avaliar a condição nutricional e de hidratação do paciente;
- Realizar mudança de decúbito de 2/2h em pacientes com risco;
- Elevar a cabeceira a 30° quando possível;



- Utilizar colchão piramidal ou pneumático;
- Incentivar a mobilização precoce passiva e/ou ativa, respeitando as condições clínicas do paciente;
- Utilizar superfícies de suporte de alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade, como o uso de almofadas, travesseiro ou coxinas apropriados;
- Proteger proeminências ósseas com filme transparente ou hidrocolóide.

ATENÇÃO!!!

- Não é recomendada a utilização de luvas com água em substituição aos dispositivos de prevenção;
- Ocorrendo o aparecimento de úlceras por pressão, deve-se tratá-las conforme protocolos de tratamento de feridas (vide capítulo de Feridas e Curativos no Manual do SCIH), monitorando e documentando sua evolução.

6.4.2. Estadiamento de Úlceras Por Pressão – UPP⁶⁷

Estágio I: Eritema não branqueável

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pacientes “em risco”.

Estágio II: perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimos (um indicador de lesão profunda).



As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

Estágio III: perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não tem tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial.

Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

Estágio IV: perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes.

A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.

Uma úlcera de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

6.5. ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

A transfusão de sangue e hemocomponentes é um suporte essencial a muitos tratamentos e pode salvar vidas. As transfusões são realizadas



para aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio, restaurar o volume sanguíneo do organismo, melhorar a imunidade ou corrigir distúrbios da coagulação^{68,69}.

É um recurso terapêutico valioso, mas o alto custo e o risco de eventos adversos, como erros, reações transfusionais e transmissão de infecções⁷⁰, exigem que sua utilização seja criteriosa e reduzida ao mínimo, adotando-se estratégias, tais como: prevenção de condições que possam resultar na necessidade de transfusão (por meio da promoção da saúde e rastreamento para detecção precoce), diagnóstico e tratamento adequado, boas técnicas cirúrgicas e anestésicas e uso de tratamentos alternativos à transfusão de sangue⁷¹.

A maioria dos pacientes não apresenta reações à transfusão. As reações mais frequentes são as alérgicas e as febris. A infecção causada por contaminação bacteriana e as reações imunes decorrentes de erros da tipagem sanguínea entre doador e receptor, embora raras, são eventos graves e podem ser fatais⁷². A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso racional do procedimento, com base na avaliação clínica e/ou laboratorial, pois riscos imediatos ou tardios existem mesmo quando se seguem altos padrões de qualidade em todas as etapas do processo transfusional^{69,71}. Sempre que possível, deve ser transfundido apenas o hemocomponente que suprirá a necessidade específica do paciente. A administração de um hemocomponente específico é mais segura e evita o desperdício de componentes não necessários ao paciente⁶⁹.

A transfusão de sangue e de hemocomponentes caracteriza-se como um processo complexo, com várias etapas interconectadas, de natureza repetitiva e do qual participam diferentes profissionais e serviços. Não há um grupo específico de profissionais que responda inteiramente pelo processo. A complexidade do processo explica o potencial para erros em alguns pontos críticos. A utilização do sangue sem cuidados com a segurança aumenta o risco de morbimortalidade para o paciente e implica maiores custos⁷³.

Para promover a segurança do paciente, a OMS recomenda que o processo de coleta, testagem, processamento, armazenamento e distribuição seja coordenado a nível nacional, por meio de uma política e de um sistema/programa⁷⁴. O Brasil instituiu a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, regulamentada pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001⁷⁵, e complementada pelo Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, Portaria nº 1.353 do Ministério da Saúde,



de 13 de junho de 2011⁷⁶. O país também monitora as reações transfusionais por meio do Sistema Nacional de Hemovigilância (SNH), criado em 2001 e coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de aperfeiçoar o processo hemoterápico e aumentar a segurança do paciente⁷⁷.

6.5.1. INTERVENÇÕES

- Observar que a solicitação para transfusão de sangue ou de hemocomponente seja feita em formulário específico (COLSAN, no caso da Agência Transfusional atuante no HMEC), com as informações necessárias para a identificação correta do receptor;
- Certificar-se da prescrição médica da transfusão no prontuário do paciente, devidamente assinada e carimbada. Também devem ser registrados os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos e a data da realização do procedimento;
- Fazer constar na etiqueta de cada bolsa de sangue ou de hemocomponente a ser transfundido: o nome completo do receptor, data de nascimento, registro hospitalar, grupo sanguíneo e fator Rh do doador e do receptor, a conclusão da prova cruzada maior e a data de envio do hemocomponente para transfusão;
- Utilizar para transfusão, equipos descartáveis e livres de pirógenos com filtro de 170 μ , que retém coágulos e agregados;
- Verificar a integridade da bolsa e a cor/aspecto do hemocomponente em dois momentos: ao receber a bolsa na unidade de internação ou centro cirúrgico e antes de instalar no paciente. Devem-se observar sinais de hemólise e a presença de coágulos. Um vazamento ou alteração de cor podem indicar que o sangue está contaminado, havendo risco de causar reação grave ou fatal se for administrado ao paciente;
- Conferir a identificação do paciente, perguntando ao mesmo seu nome completo e data de nascimento;
- Orientar o paciente sobre a transfusão de sangue: riscos, estratégias para evitar a transfusão e necessidade de ser identificado corretamente em todas as etapas do processo de transfusão;
- Preparar acesso venoso antes da chegada do sangue ou hemocomponente;
- Administrar o sangue e hemocomponente assim que for recebido na Unidade;



- Nunca aquecer sangue e hemocomponente em banho-maria ou microondas;
- Realizar dupla-verificação da identificação do paciente, identificação da bolsa e prescrição médica com outro funcionário;
- Avaliar os sinais vitais do paciente antes, após 15 minutos de transfusão e no final do procedimento;
- Não infundir medicamentos no mesmo acesso venoso durante a transfusão;
- Não infundir dois hemocomponentes ao mesmo tempo, pois em caso de reação transfusional, não será possível identificar qual o hemocomponente envolvido;
- Permanecer junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar sinais de reações adversas;
- Orientar o paciente a informar imediatamente qualquer reação como tremores, rubor, dor ou dificuldade para respirar e ansiedade;
- Observar o paciente a intervalos regulares, durante todo o período de transfusão, quanto a sinais e sintomas de uma reação adversa, velocidade de infusão correta e dor ou edema no local ou ao redor do acesso venoso;
- Interromper imediatamente a administração na vigência de um ou mais sinais de reação adversa. Proteger a extremidade do equipo para evitar contaminação e encaminhar a bolsa contendo o sangue total ou hemocomponente ao bando de sangue para análise;
- No caso de reação transfusional, comunicar imediatamente o ocorrido ao médico responsável pelo atendimento do paciente;
- O tempo de transfusão não deverá exceder 4 horas ao risco de contaminação e/ou alteração do produto;
- Realizar a infusão de solução salina, após a administração do produto, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter;

ATENÇÃO!!!

- Devido ao risco potencial do procedimento, o paciente ou seu acompanhante deve ser informado e esclarecido sobre a decisão médica e assinado o Termo de Consentimento;
- Para administração segura de sangue e hemocomponentes são essenciais: identificação precisa do paciente, rotulagem correta da amostra de sangue para o teste pré-transfusão e verificação final da identificação do paciente e da bolsa de sangue (o sangue certo para o paciente certo);



- As reações imediatas, do tipo febril ou hemolítica, podem ocorrer até 24 horas após o início da transfusão;
- O paciente que está recebendo transfusão não deve ser transportado para outra Unidade/Serviço, particularmente se a infusão foi recém-iniciada, salvo em situações críticas;
- Educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo de transfusão é essencial;
- Todos os cuidados recomendados para a segurança do processo transfusional devem ser repetidos para cada bolsa a ser instalada, incluindo a monitoração inicial e continuada do paciente.





7. ANEXOS

I	Lista de Siglas
II	Formulário de Relatório de Benchmarking - Visitas Realizadas
III	Portaria criação da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente - Março de 2014
IV	Portaria renovação da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente - Junho de 2015
V	Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente
VI	Formulário para notificação: Incidentes/Eventos Adversos/Não conformidades/Riscos/Queixa Técnica – frente e verso
VII	Eventos Graves – <i>Never Events</i>
VIII	Formulário de Check List de Segurança Cirúrgica – frente e verso
IX	Formulário de Avaliação de Risco e Indicadores de Qualidade Adulto – frente e verso



ANEXO I

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo
DOC	Diário Oficial da Cidade
EA	Eventos Adversos
GAB. DIR	Gabinete de Diretoria
HM	Higienização das Mãos
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificação para a Vigilância Sanitária
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POI	Pós – Operatório Imediato
PSP	Plano de Segurança do Paciente



RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SNH	Sistema Nacional de Hemovigilância
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
UPP	Úlcera por Pressão
VA	<i>Veterans Affairs</i>



ANEXO II

 Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes A. Silva Vila Nova Cachoeirinha Núcleo de Qualidade		 PREFEITURA DE SÃO PAULO SP
Relatório de Benchmarking - Visitas Realizadas		
Organização visitada:	Em / /	
Justificativa de escolha da Organização:		
Endereço:		
Contato		
Nome:	Cargo:	Sector:
Telefone:	E-mail:	
Visitadores HMEC:		
Finalidade:		
Tipo de Benchmarking		
1. Referenciais Comparativos de Excelência	Alvo específico nas práticas de serviços de excelência	<input type="checkbox"/>
2. Interno	Busca pelas melhores práticas dentro da nossa organização	<input type="checkbox"/>
3. Genérico	Busca pelas melhores práticas baseada num processo que atravessa várias funções da organização que pode ser encontrado em empresas do mesmo porte.	<input type="checkbox"/>
4. Funcional	Alvo em uma função específica	<input type="checkbox"/>
Experiência de aprendizagem / Identificação de boas práticas		
Práticas observadas:		
Existe aplicabilidade dessas práticas no Hospital Maternidade Cachoeirinha?		
Sim <input type="checkbox"/> Porquê?		Não <input type="checkbox"/> Porquê?
Avaliação geral da visita		
Ações específicas que podem ser implementadas		
Curto prazo:		
Médio prazo:		
Longo prazo:		



ANEXO III



**HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA**
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

São Paulo, 18 de Março de 2014.

PORTARIA Nº11/2014/GAB.DIR

O Diretor do Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas por Lei,

RESOLVE

1) Criar a Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, que passará a ser composta pelos servidores a seguir designados:

Presidente: Daniela Sayuri Misawa- RF 78378611

Secretário: Cristiane Barreto Almada- RF 71690861

Membros: Ana Paula Sper Santiago- RF 7192584

- Dr. Augusto Cezar de Oliveira Andrade – RF 59705212
- Dra. Cláudia Tanuri- RF 5957041
- Eliana Claudino de Lima- RF 7837721
- Gileade Gomes dos Santos – RF 72057752
- Glauca Aparecida dos Reis – RF 612924181
- Graciete Maria Alves Lourenço- RF 6403107
- Leandro Borges Norinho – RF 72909851
- Dr. Leandro Gustavo de Oliveira – RF 72028651
- Luciana Ribeiro Battagin – RG 279382273



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher



Mara Ribeiro de Melo- RF 5778239
Marcela Lino de Oliveira - 72026952
Maria de Lourdes Oliveira Silva- RF 6327362
Maria Fernanda Chiattonne – RF 81039411
Maria Lúcia Bom Angelo- RF 6302220
Maria Lúcia de Freitas Spinola Valente – RF 61094541
Mariana Budiski Bovo- RF 7837186
Miriam Miwa Takahashi – RF 6191479
Nilcéia Anastácio – RF 62839181
Raimunda Cássia Barreto Silva- RF 7837836
Dra. Raquel Keiko de Luca Ito- RF 7169973
Dra. Sandra Maria Barradas Marques – RF 13809914
Dr. Solly Bercovici – RF 30522491
Vera Quaglia Cerruti – RF 62480551

2) Atribuições

- Disseminação da cultura de segurança do paciente;
- Elaborar, promover e apoiar a implantação de estratégias voltadas à segurança do paciente nos setores e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher



- Monitorar os incidentes e eventos adversos e propor ações para prevenção dos mesmos;
- Compartilhar e divulgar à Direção e Chefiarias dos setores os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos.

3) Fica estabelecido que a periodicidade das reuniões seja **MENSAL** sendo atribuição do presidente publicar o calendário anual de reunião, com data, horário e local.

4) Os membros da referida Comissão estão automaticamente convocados a comparecer na totalidade das reuniões.

5) Todas as reuniões deverão, obrigatoriamente, ser registradas em **ATA**, sob responsabilidade do Secretário da Comissão.

6) O Presidente deverá apresentar um resumo objetivo da **ATA** a cada reunião da Comissão para a Diretoria de Departamento Técnico.

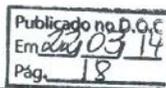
7) Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando todas as disposições em contrário, em especial a Portaria nº25/2012/Gab. Dir.

8) **PUBLIQUE-SE**


Dr. Pedro Alexandre Frederico Breuel

Diretor de Departamento Técnico

HMEC DR. Mário de Moraes Altenfelder Silva





ANEXO IV



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher

São Paulo, 27 de Maio de 2015.

PORTARIA Nº09/2015/GAB.DIR

O Diretor do Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, no uso das suas atribuições que lhe são conferidas por Lei,

RESOLVE

1) Renovar a composição da Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, que passará a ser composta pelos servidores a seguir designados:

Presidente: Daniela Sayuri Misawa- RF 78378611

Secretário: Cristiane Barreto Almada- RF 71690861

Membros: Ana Paula Sper Santiago- RF 7192584

Dr. Augusto Cezar de Oliveira Andrade – RF 59705212

Dra. Cláudia Tanuri- RF 5957041

Eliana Claudino de Lima- RF 7837721

Gileade Gomes dos Santos – RF 72057752

Glauca Aparecida dos Reis – RF 612924181

Graciete Maria Alves Lourenço- RF 6403107

Leandro Borges Norinho – RF 72909851

Denise Fernandes Neves – RF:5815363-2

Luciana Ribeiro Battagin – RG 279382273

Mara Ribeiro de Melo- RF 5778239

Marcela Lino de Oliveira - 72026952

Maria de Lourdes Oliveira Silva- RF 6327362

Maria Fernanda Chialtone – RF 81039411



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher

Maria Lúcia Bom Angelo- RF 6302220
Maria Lúcia de Freitas Spinola Valente – RF 61094541
Mariana Budiski Bovo- RF 7837186
Miriam Miwa Takahashi – RF 6191479
Nilcéia Anastácio – RF 62839181
Marcelo Araujo Lima- RF 8069701V1
Dra. Sandra Maria Barradas Marques – RF 13809914
Dr. Solly Bercovici – RF 30522491
Jussara da Paixão dos Santos – RF:7816626-1
Maria Lucimar Fernandes Sousa – RF:7837887-1
Rubia Marques – RF:6419623-2
Simone Pereira Vidotti – RF:7894996-1

2) Atribuições

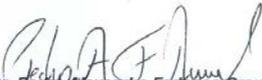
- Disseminação da cultura de segurança do paciente;
- Elaborar, promover e apoiar a implantação de estratégias voltadas à segurança do paciente nos setores e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
 - Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
 - Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
 - Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
 - Monitorar os incidentes e eventos adversos e propor ações para prevenção dos mesmos;



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher

- Compartilhar e divulgar à Direção e Chefiadas dos Setores os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
 - Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos.
- 3) Fica estabelecido que a periodicidade das reuniões seja **MENSAL** sendo atribuição do presidente publicar o calendário anual de reunião, com data, horário e local.
 - 4) Os membros da referida Comissão estão automaticamente convocados a comparecer na totalidade das reuniões.
 - 5) Todas as reuniões deverão, obrigatoriamente, ser registradas em **ATA**, sob responsabilidade do Secretário da Comissão.
 - 6) O Presidente deverá apresentar um resumo objetivo da **ATA** a cada reunião da Comissão para a Diretoria de Departamento Técnico.
- Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando todas as disposições em contrário, em especial a Portaria nº08/2015/Gab. Dir.

8) **PUBLIQUE-SE**


Dr. Pedro Alexandre Federico Breuel
Diretor de Departamento Técnico
HMEC DR. Mário de Moraes Altenfelder Silva

Publicado no D.O.C
Em 03/06/15
Pág. 28



ANEXO V



**HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher**



REGIMENTO INTERNO

Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva”

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º - A Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva” foi criada com o objetivo de avaliar e monitorar os eventos adversos, implantar ações que previnam os mesmos e promovam assim a segurança do paciente através da implementação de um Plano de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO II – CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 2º - A Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha “Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva” está subordinada diretamente a Diretoria de Departamento Técnico e deverá ser constituída por membros designados por Portaria expedida pela Diretoria de Departamento Técnico, publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

Art. 3º - A Comissão deve ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

- a) Representante da Diretoria Técnica;
- b) Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- c) Serviço Médico;
- d) Gerência de Enfermagem;
- e) Serviço de Enfermagem;
- f) Educação Continuada de Enfermagem;
- g) Farmacêutico;
- h) Fisioterapeuta;
- i) Serviço de Nutrição e Dietética
- j) Representante da Equipe Multidisciplinar;
- k) Representantes do Núcleo de Qualidade;
- l) Representante da Engenharia;
- m) Representante do Banco de Sangue;
- n) Representante da Hotelaria;



HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher



- o) Representante pelo SADT;
- p) Representante pelo Núcleo de Ensino.

CAPÍTULO III – COMPETÊNCIAS

Art. 4º - À Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente compete:

- a) Elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de eventos adversos;
- b) Realizar a análise dos eventos e das situações de risco;
- c) Propor estratégias que promovam a prevenção dos eventos adversos para garantir a segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- d) Disseminação da cultura de segurança do paciente;
- e) Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- f) Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- g) Compartilhar e divulgar à Direção e Chefias dos setores os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- h) Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos.

Art. 5º - Ao Presidente compete:

- a) Instalar a Comissão e presidir as reuniões e plenárias quando estiver presente;
- b) Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
- c) Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- d) Promover a convocação das reuniões.

Art. 6º - Ao Secretário compete:

- a) Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- b) Auxiliar o Presidente na coordenação das atividades da Comissão;
- c) Substituir o presidente na sua ausência.

Art. 7º Aos demais membros compete:

- a) Comparecer às reuniões, manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- b) Apresentar proposições referentes à Segurança do Paciente;
- c) Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- d) Promover a divulgação da cultura de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente nos diversos setores do Hospital.



HOSPITAL MÚNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha
Hospital Municipal da Mulher



IV – FUNCIONAMENTO

Art. 8º - A Comissão deverá se reunir mensalmente, em sessão ordinária, segundo calendário previamente estabelecido ou em caráter extraordinário, quando convocados pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 9º - Todas as reuniões deverão ser registradas em ATA.

Art. 10º - A presença às reuniões é obrigatória a todos os membros;

Parágrafo 1º - O membro que não puder comparecer deverá justificar sua ausência, podendo encaminhar um representante da sua área;

Parágrafo 2º - O representante substituto não poderá ser outro membro da Comissão;

Parágrafo 3º - O membro que faltar a três reuniões consecutivas sem justificar sua ausência ou encaminhar um representante será automaticamente desligado da Comissão e um substituto deverá ser indicado pelos demais membros, com a aprovação da Diretoria Técnica.

Art. 11º - Poderão participar da reunião elementos especialmente convidados, quando sua presença for necessária para elucidação de dúvidas ou facilitar as deliberações da Comissão, porém sem direito a voto.

Art. 12º - Para a aprovação das deliberações da Comissão será exigido quórum mínimo correspondente à maioria absoluta de seus membros.

Art. 13º - As resoluções da Comissão serão encaminhadas ao Diretor Técnico para parecer final e providências administrativas.

V – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º - Os casos omissos e dúvidas deverão ser discutidos e resolvidos pela própria Comissão, com a aprovação de maioria absoluta de seus membros.

Art. 15º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação.

Art. 16º Ficam revogadas todas as disposições em contrário.



ANEXO VI



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Vila Nova Cachoeirinha



ETIQUETA

Prontuário: _____
 Nome: _____
 Mãe: _____
 CNB: _____
 SIS pré-natal: _____
 Setor: _____
 Enfermeira: _____
 Leito: _____

Data da notificação:
 ____/____/____

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO: INCIDENTES/ EVENTOS ADVERSOS/ NÃO CONFORMIDADES/ RISCOS/ QUEIXA TÉCNICA
A notificação não tem caráter punitivo, visando apenas a melhoria dos processos. É confidencial e pode ser anônima.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino Gestante? Sim Ignorado Não Não
 Puerpera? Sim Ignorado Não Não
 Data da admissão: ____/____/____

DADOS DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)

Nome: _____ e-mail: _____ Função: _____

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Data da ocorrência: ____/____/____ Hora da ocorrência: _____ O evento já ocorreu anteriormente? Sim Ignorado Não Não
 Local da ocorrência: Alojamento Conjunto Unidade Neonatal UTI Adulto Internação Adulto PSO CGAR
 Centro Cirúrgico Pré-parto Ambulatório Laboratório Outros

Fator: O que aconteceu? _____

Possíveis falhas: Procedimento Medicamento Material Equipamento Estrutura
 Comunicação Outros

A ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar danos à saúde? (Em caso afirmativo descreva os danos)

Providências Tomadas: _____

Locais onde colocar os formulários preenchidos: existem 5 urnas distribuídas nos setores Alojamento Conjunto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro, Internação de Adultos e Bloco Cirúrgico

Formulário para Notificação de Incidentes - frente - Cód. 1964



Preenchimento da equipe do Núcleo de Segurança do Paciente/ Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente	
EVOLUÇÃO DO EVENTO ADVERSO	
Se o evento adverso for relacionado à INFECÇÃO qual o tipo de infecção ocorreu? <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Infecção do sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Infecção de corrente sanguínea <input type="checkbox"/> Outros _____	Se o evento adverso for relacionado à SEGURANÇA DO PACIENTE , qual o tipo de ocorrência? <input type="checkbox"/> Falha na identificação <input type="checkbox"/> Erros de medicação <input type="checkbox"/> Falha na comunicação <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Hemocomponentes <input type="checkbox"/> Terapia nutricional <input type="checkbox"/> Outros _____
	Se o evento adverso for relacionado à TECNOVIGILÂNCIA , identifique o produto envolvido. Nome do produto: _____ Marca: _____ Fabricante: _____ N° do patrimônio/série/lotte: _____ Este produto era descartável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O produto foi processado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CLASSIFICAÇÃO DO INCIDENTE	GRAVIDADE DO DANO
<input type="checkbox"/> Circunstância Notificável <input type="checkbox"/> Incidente sem danos <input type="checkbox"/> Incidente com danos (Evento Adverso) <input type="checkbox"/> Near Miss (Quase erro)	<input type="checkbox"/> 0- Sem dano <input type="checkbox"/> 1- Pequeno dano, necessitando de pouco ou nenhum cuidado específico <input type="checkbox"/> 2- Dano grande ou profundo que necessitem intervenção <input type="checkbox"/> 3- Procedimento fatal, requerendo intervenção maior <input type="checkbox"/> 4- Óbito
RISCO	REGISTROS
<input type="checkbox"/> 1-Muito improvável: raramente ocorre (não se espera que o incidente ocorra durante anos) <input type="checkbox"/> 2-Improvável: ocorre ocasionalmente (aceita-se que ocorra até 1 vez no ano) <input type="checkbox"/> 3- Provável: ocorre frequentemente (aceita-se que ocorra algumas vezes no mês) <input type="checkbox"/> 4- Muito provável: certamente ocorre com muita facilidade	Houve registro na evolução do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA A equipe de enfermagem foi informada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA A equipe médica foi comunicada sobre o evento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA A equipe multiprofissional foi informada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
RISCO X GRAVIDADE X MEDIDAS	
Minimal/ Criticidade (1)- Não requer ação específica Pequena/ Criticidade (2)- Não é necessário melhorar a ação. Considerar avaliações periódicas a fim de analisar sua evolução Moderada/ Criticidade (4,5,6)- Implementar políticas de redução do risco a médio prazo e curto prazo	Alta/ Criticidade (7,8,9)- Implementar políticas de redução do risco a curto prazo e avaliações periódicas para garantia da redução do mesmo Inaceitável/ Criticidade (10,12-16)- Ação não deve continuar até que o risco seja imediatamente reduzido, sob a pena de serem cancelados atos/procedimentos clínicos e até encerrados os serviços clínicos
CONDUTA	
<input type="checkbox"/> Notificação da área - _____ <input type="checkbox"/> Monitoramento das ações <input type="checkbox"/> Monitoramento dos indicadores <input type="checkbox"/> Elaboração de plano de melhoria <input type="checkbox"/> Revisão de processos de trabalho	<input type="checkbox"/> Manutenção/ Aquisição de equipamento e material <input type="checkbox"/> Treinamentos <input type="checkbox"/> Notificação ANVISA <input type="checkbox"/> Outros _____
N° do formulário: _____	Assinaturas: _____
Data do recebimento: ____/____/____	e e



ANEXO VII

EVENTOS GRAVES

1. Eventos relacionados aos procedimentos cirúrgicos.
 - Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.
 - Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.
 - Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.
 - Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.
 - Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório/pós-procedimento em paciente ASA Classe I.

2. Eventos relacionados a produtos.
 - Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
 - Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de produtos para saúde.
 - Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.
 - Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registro da Anvisa).

3. Eventos relacionados à proteção do paciente.
 - Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
 - Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
 - Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinflingido em lesão sérica durante a assistência dentro do serviço de saúde.

4. Eventos relacionados à gestão do cuidado.
 - Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
 - Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
 - Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
 - Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.
 - Qualquer úlcera por pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde



- Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.- Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado.

- Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

5. Eventos ambientais

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.

- Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.

- Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

6. Eventos radiológicos

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

7. Eventos criminais potenciais

- Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.

- Sequestro de paciente de qualquer idade.

- Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

- Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Fonte: Adaptado de NQF; 2011.



ANEXO IX



PREFEITURA DE SÃO PAULO
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
 DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
 Vila Nova Cachoeirinha

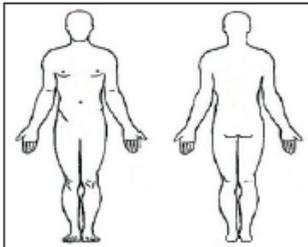


ETIQUETA

Prontuário: _____
 Nome: _____
 MR: _____
 CNS: _____
 SIS pré-natal: _____
 Setor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

AValiação de Risco
INDICADORES DE QUALIDADE - ADULTO - ENFERMAGEM

ALERGIA:
 Não Sim – Qual? _____
 Se o paciente apresentar algum tipo de alergia, iniciar o Protocolo para Alergia constante do PSP (cód. 05)

Mês	1) ESCALA DE BRADEN:	Pontuação/Mês:	16																														
	ESCALA DE BRADEN																																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Percepção sensorial</td> <td style="width: 25%;">1. Totalmente Intacto</td> <td style="width: 25%;">2. Muito Intacto</td> <td style="width: 25%;">3. Lavemente Intacto</td> <td style="width: 25%;">4. Nenhuma Intacto</td> </tr> <tr> <td>Unidade</td> <td>1. Completamente molhada</td> <td>2. Muito molhada</td> <td>3. Ocasionalmente molhada</td> <td>4. Raramente molhada</td> </tr> <tr> <td>Atividade</td> <td>1. Acamado</td> <td>2. Confinado à cadeira</td> <td>3. Anda ocasionalmente</td> <td>4. Anda frequentemente</td> </tr> <tr> <td>Mobilidade</td> <td>1. Totalmente Intacto</td> <td>2. Bastante Intacto</td> <td>3. Lavemente Intacto</td> <td>4. Não apresenta Intactões</td> </tr> <tr> <td>Nutrição</td> <td>1. Muito pobre</td> <td>2. Provavelmente inadequado</td> <td>3. Adequado</td> <td>4. Excelente</td> </tr> <tr> <td>Filicção e Cuidado</td> <td>1. Problema</td> <td>2. Problema em potencial</td> <td>3. Nenhum problema</td> <td></td> </tr> </table>	Percepção sensorial	1. Totalmente Intacto	2. Muito Intacto	3. Lavemente Intacto	4. Nenhuma Intacto	Unidade	1. Completamente molhada	2. Muito molhada	3. Ocasionalmente molhada	4. Raramente molhada	Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	Mobilidade	1. Totalmente Intacto	2. Bastante Intacto	3. Lavemente Intacto	4. Não apresenta Intactões	Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente	Filicção e Cuidado	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum problema			
Percepção sensorial	1. Totalmente Intacto	2. Muito Intacto	3. Lavemente Intacto	4. Nenhuma Intacto																													
Unidade	1. Completamente molhada	2. Muito molhada	3. Ocasionalmente molhada	4. Raramente molhada																													
Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente																													
Mobilidade	1. Totalmente Intacto	2. Bastante Intacto	3. Lavemente Intacto	4. Não apresenta Intactões																													
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente																													
Filicção e Cuidado	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum problema																														
	PONTUAÇÃO:																																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">19 a 23: nenhum risco</td> <td style="width: 25%;">15 a 18: risco moderado</td> <td style="width: 25%;">13 a 14: risco moderado</td> <td style="width: 25%;">10 a 12: alto risco</td> <td style="width: 25%;">9 ou abaixo: altíssimo risco</td> </tr> </table>	19 a 23: nenhum risco	15 a 18: risco moderado	13 a 14: risco moderado	10 a 12: alto risco	9 ou abaixo: altíssimo risco																											
19 a 23: nenhum risco	15 a 18: risco moderado	13 a 14: risco moderado	10 a 12: alto risco	9 ou abaixo: altíssimo risco																													
	Se o paciente apresentar risco (<18) iniciar Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão constante do PSP (cód. 03)																																
	2) ÚLCERA POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Estágio 1 <input type="checkbox"/> Estágio 2 <input type="checkbox"/> Estágio 3 <input type="checkbox"/> Estágio 4 Data Ocorrência ____/____/____ - Ass. ____/____/____ - Ass. ____/____/____																																
	3) TRAUMA MAMILAR: <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Erosão <input type="checkbox"/> Dilatação <input type="checkbox"/> Vesícula 3.1) MAMAS: <input type="checkbox"/> Mamas cheias <input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas <input type="checkbox"/> Mastite Data da ocorrência ____/____/____ Data da ocorrência ____/____/____ Ass. ____/____/____ Ass. ____/____/____																																
	4) INCIDÊNCIA DE LESÃO CUTÂNEO MUCOSA (A) Escoriação (F) Hematoma (B) Rompimento da pele por adesivo (G) Hiperemia (C) Infiltração (D) Queimadura por dispositivo elétrico: desfibrilador / bisturi ou outro: _____ (E) Rompimento da pele por: Fricção/Atrito/Contenções/manipulações/Fragilidade capilar																																
		DESCRIÇÃO DAS LESÕES: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																															
	**PSP- PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE Indicadores de Qualidade/Desempenho - Adulto - Enfermagem - frente - Cód P 019 B																																



5.1) FATORES DE RISCO PARA FLEBITE	
<input type="checkbox"/> Idade < 12 anos e > 65 anos <input type="checkbox"/> Dificuldade de imobilização do cateter no membro <input type="checkbox"/> Fragilidade capilar <input type="checkbox"/> Múltiplas punções <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Uso de soluções concentradas, irritantes ou vasiconstritoras	<input type="checkbox"/> Insuficiência vascular <input type="checkbox"/> Infusão EV > 90 ml/h <input type="checkbox"/> Drogas com pH < 6 ou > 8 <input type="checkbox"/> Infusão de solução hipertônica concentração > 375mOsm/l <input type="checkbox"/> Injeção de Cateter Venoso Periférico em situação de emergência OBS: Se o paciente apresentar um ou mais itens assinalado, iniciar Protocolo de Prevenção de Flebite constante do PSP (cód. 04)
5.2) () INCIDÊNCIA DE FLEBITE	
Tipo de flebite: <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Bacteriana <input type="checkbox"/> Flebite de base (Idade/Obesidade)	Tipo de flebite: <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Bacteriana <input type="checkbox"/> Flebite de base (Idade/Obesidade)
Locais de flebitas: <input type="checkbox"/> Mão _____ () Antebraço _____ () Braço _____ <input type="checkbox"/> Outros locais: _____ Data da ocorrência: ____/____/____ Graus: _____ Ass: _____	Locais de flebitas: <input type="checkbox"/> Mão _____ () Antebraço _____ () Braço _____ <input type="checkbox"/> Outros locais: _____ Data da ocorrência: ____/____/____ Graus: _____ Ass: _____
6) INCIDÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADE RELACIONADA À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
Data da ocorrência ____/____/____ - Ass. _____ / Data da ocorrência ____/____/____ - Ass. _____	
<input type="checkbox"/> Atraso na medicação (tolerância de 1 hora) <input type="checkbox"/> Medicação adm. por via errada <input type="checkbox"/> Paciente errado <input type="checkbox"/> Horário errado/aprazamento errado <input type="checkbox"/> Medicação errada <input type="checkbox"/> Medicação não adm e não checada <input type="checkbox"/> Dose errada maior/menor <input type="checkbox"/> Medicação adm e não checada <input type="checkbox"/> Medicação checada e não administrada <input type="checkbox"/> Medicação adm e não prescrita <input type="checkbox"/> Tempo de infusão divergente do prescrito	
Outras observações: _____ _____ _____	
7.1) FATORES DE RISCO PARA QUEDA	
<input type="checkbox"/> Idade < 5 anos e > 60 anos <input type="checkbox"/> Dificuldade de marcha <input type="checkbox"/> Alteração do estado mental (confusão, agitado) <input type="checkbox"/> Déficit sensitivo (visão, audição, tato) <input type="checkbox"/> Uso de sedativos ou pós-sedação <input type="checkbox"/> Urgência urinária ou intestinal	<input type="checkbox"/> Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, AVC, Esclerose múltipla, Parkinson, etc) <input type="checkbox"/> História prévia de queda nos últimos anos <input type="checkbox"/> Doenças ortopédicas de MMI (fraturas, uso de próteses, etc)
Obs. Se o paciente apresentar um ou mais itens assinalado, iniciar Protocolo de Prevenção de Queda constante do PSP (cód. 02)	
7.2) INCIDÊNCIA DE QUEDA DE PACIENTE	
Data da ocorrência ____/____/____ Data da ocorrência ____/____/____ Data da ocorrência ____/____/____ Local da queda: _____ Local da queda: _____ Local da queda: _____ Ass: _____ Ass: _____ Ass: _____	
Descrição da queda: _____ _____ _____	
8) INCIDÊNCIA DE PERDA DE Sonda NASOGASTROENTERAL PARA APORTE NUTRICIONAL	
Data colocação sonda para aporte nutricional: ____/____/____ - Data da ocorrência: ____/____/____ - Ass. _____ Data colocação sonda para aporte nutricional: ____/____/____ - Data da ocorrência: ____/____/____ - Ass. _____	
Causa da perda: <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Perda acidental <input type="checkbox"/> Deteriorização do produto <input type="checkbox"/> Manuseio do paciente <input type="checkbox"/> Fixação inadequada <input type="checkbox"/> Agitação/confusão <input type="checkbox"/> Falta de prescrição de enfermagem para cuidados com a sonda	
9) INCIDÊNCIA DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	
Data colocação da cânula endotraqueal: ____/____/____ - Data da ocorrência: ____/____/____ - Ass. _____ Data colocação da cânula endotraqueal: ____/____/____ - Data da ocorrência: ____/____/____ - Ass. _____	
Causa da perda: <input type="checkbox"/> Agitação/confusão <input type="checkbox"/> Entubação seletiva <input type="checkbox"/> Pressão do Cuff <input type="checkbox"/> Manuseio do paciente <input type="checkbox"/> Fixação inadequada <input type="checkbox"/> Obstrução da cânula	
Indicadores de Qualidade/Desempenho - Adulto - Enfermagem - varso - Cód. P.059 B	



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neuhauser, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12:317.
2. Barr DP. Hazards of modern diagnosis and therapy-the price we pay. *JAMA*. 1955; 159:1452-6.
3. Roberts J, Coale J, Redman, R. A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals. *JAMA*. 1987; 258(7):936-40.
4. Donabedian, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8.
5. Wennberg, J. E. *Tracking medicine a researcher's quest to understand health care*. NY: Oxford University Press; 2010.
6. Cochrane, Archibald L, Blythe Max. *One Man's Medicine: an autobiography of Professor Archie Cochrane*. London: British Medical Journal; 1989.
7. Watcher, RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. *To err is human*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
9. Wilson RM, Runciman WB, Gibbert RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995;163(9):458–71.
10. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMed J*. 2001;322:517–9.
11. Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Med Assoc J*. 2004; 170:1678-86.
12. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, Bingley W. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J*. 2001; 114:203-5.
13. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A et al. *Danish Adverse Event Study, incidence of adverse*



events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*. 2002; 164:4377-9.

14. Michel P, Quenon JL, Sarasqueta AM et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *Br Med J*. 2004; 328:199-202.

15. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; 2011. p. 13-36.

16. Letaief M, Mhamdi SE, Asady R, Siddiqi S, Abdullatif A. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2011; 22:380-385.

17. Aranaz-Andrés JM, Albar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-Garcia E, ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62:1022-1029.

18. Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(4):285-291.

19. Zegers M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual. Saf Health Care*. 2009; 18:297-302.

20. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health. Care* 2009; 21:279-284.

21. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva; 2005.

22. Anvisa (Brasil). Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2013. Disponíveis em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20%20Assistencia%20Segura.pdf>.

23. Proqualis/Icict/Fiocruz. (s.d.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Disponível em: <http://proqualis.net/>.



24. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

26. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ed. Porto Alegre:AMGH; 2013.

27. MEIRA, R. C. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

28. Leape LL. Reporting of adverse events. N Engl J Med. 2002; 347:20.

29. The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/

30. Alves, V.L. de S. As ferramentas da qualidade aplicadas à saúde. Gestão da Qualidade Ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2012. cap. 3, p. 41-91.

31. Consórcio Brasileiro de Acreditação; Joint Commission International. Padrões da Joint Commission International para Hospitais. 4ª Ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

32. The Joint Commission (US). Sentinel event data root causes by event type 2004-2012. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012.

Disponível em: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/

33. Institute of Healthcare Improvement (US). SBAR toolkit. Cambridge, MA: IHI; 2011.

Disponível

em:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tolls/SBARToolkit.aspx>

34. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. In: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2006. p. 317-411.



35. Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2008. Disponível em: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>.
36. World Health Organization. Guidelines for WHO guidelines. Geneva, Global Programme on Evidence for Health Policy; 2003.
37. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery. *Lancet*. 2008 Jul 12; 372(9633):139-144.
38. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 1999 Jul; 126(1):66-75.
39. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal of Quality in Health Care*. 2002;14:269-76.
40. Bickler SW, Sanno-Duanda B. Epidemiology of pediatric surgical admissions to a government referral hospital in the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78:1330-6.
41. Yii MK, Ng KJ. Risk-adjusted surgical audit with the POSSUM scoring system in a developing country. *British Journal of Surgery*. 2002; 26:509 - 13.
42. Ouro-Bang'na Maman AF, et al. Deaths associated with anaesthesia in Togo, West Africa. *Tropical Doctor*. 2005; 35:220-2.
43. Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higiene das mãos. Brasília; 2009.
44. Pittet D, Hugonnet S, Harbath S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000; 356(9238):1307-1.
45. Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Arch Intern Med*. 2002;162:1037-1043.
46. World Health Organization. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: WHO Press; 2009.



47. Newman JL, Seitz JC. Intermittent use of an antimicrobial hand gel for reducing soap-induced irritation of health care personnel. *Am J Infect Control*. 1990;18:194-200.
48. Organizacao Pan-Americana da Saude – Organizacao Mundial de Saude – OPAS/OMS; Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – Ministerio da Saude – Anvisa/MS. Manual para Observadores. Brasilia; 2008.
49. Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.
50. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. 2008.
51. Costa SRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterizacao das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitario. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Porto Alegre, dez. 2011;32(4):676-81.
52. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatr Med* 2010; 26 (4): 645-92.
53. Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries form Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: www.ihl.org Acesso em: 04 abr. 2013.
54. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo- COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente- REBRAENSP- Polo São Paulo. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo, 2010.
55. BELL, D. Recurrent wrong-route drug error – a professional shame. In *Anesthesia*, 2007, 62, p.541-546.
56. Department of Health. 34480/Building a Safer NHS:Improving Medication Safety. London, Jan 2004.
57. EAKLE M., GALLAURESI B.A., MORRISON A.: Luer-lock misconnects can be deadly. In *Nursing* 35:73, Sep. 2005.
58. World Health Organization, The Joint Comission, Joint Commission International: WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Avoiding catheter and tubing mis-connections. *Patient Saf Solut*. 2007; Volume 1. Solution 7. May 2007.



<http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution7.pdf>

59. Senders, J. W. My adventures as a hospital patient. *Qual Saf Health Care*, v. 11, p. 365-368, 2002. Acesso Ebsco A-Z em: 24 jul 2007.
60. Jenkinson, C.; Coulter, A.; Bruster, S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 14, n. 5, p. 353-358, 2002.
61. O'leary, K. J. et al. Hospitalized patients' understanding of their plan of care. *Mayo Clin Proc.*, v. 85, n. 1, p. 47-52, jan. 2010.
62. Gonçalves, E. L., Estrutura organizacional do hospital moderno, *Revista de Administração de Empresas*, v. 38, n.1, janeiro-março/1998.
63. Moore Z.E.H., Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.
64. Benbow, M et all. Pressure ulcer risk assessment and prevention. *Clinical Practice Guidelines*. Royal College of Nursing: April, 2001.
65. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 julho-agosto; 13(4):474-80.
66. Cuddigan, J., Ayello, E. A., & Sussman, C. (Eds.) (2001). *Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future*. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em:
67. Institute for Healthcare Improvement. *How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihl.org> .Acessado 26 Março 2013.
68. Razouk FH, Reiche EMV. Caracterização, produção e indicação clínica dos principais hemocomponentes. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2004 [acesso em 2013 Fev 17],26(2):126-134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842004000200011&script=sci_arttext



69. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf

70. WHO. Clinical transfusion process and patient safety. Geneva; 2010. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/index.html

71. WHO. Global forum for blood safety: patient blood management: concept paper. Dubai; 2011. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/events/gfbs_01_pbm/en/index.html

72. Centers for Disease Control and Prevention (US). Blood safety basics. Atlanta, GA; 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/bloodsafety/basics.html>

73. WHO. WHO inter-regional consultation on strengthening the role of nurses and midwives in ensuring safe clinical transfusion and patient safety: concept paper for the consultation. Dubai; 2010. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/events/consultation_irc_nurses/en/index.html

74. WHO. Blood safety and availability. Fact sheet nº 279. Geneva; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>

75. Brasil. Lei 10.205, de 21 de março de 2001. Brasília, DF; 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/10205_01.htm

76. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1353_13_06_2011.html

77. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância. Brasília, DF: ANVISA. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Hemovigilancia>





PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 01
		Data de Emissão 09/10/2014
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

AGENTE	ATIVIDADE
- Todos os profissionais	<p><u>ADULTO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A pulseira de identificação deve ser colocada na admissão do paciente no Pronto Socorro ou no setor de Internação no caso das cirurgias eletivas e internações na CGAR, solicitando que o mesmo confira os dados nela contido. - A pulseira de identificação impressa deve conter os dados: Nome completo sem abreviatura, Registro Hospitalar, Nome da mãe, CNS, SIS Pré-natal, Setor, Enfermaria e Leito. - Colocar a pulseira no punho direito, se não for possível usar este membro colocar no punho esquerdo ou tornozelo esquerdo ou tornozelo direito, nesta ordem no sentido horário. - A Identificação deve ser substituída sempre que a mesma for retirada, se apresentar danos ou ilegibilidade, solicitando que o paciente confira os dados nela contido. - A identificação deve ser conferida no início de cada plantão e essa ação deve ser registrada no prontuário. - Conferir a identificação através de dupla checagem com o paciente, solicitando que o mesmo declare seu <u>nome completo e data de nascimento</u> antes de todo o cuidado multiprofissional (administração de medicamentos e hemoderivados, coleta de material para exame, entrega da dieta e/ou administração da mesma), realização de procedimentos invasivos e

Elaborado por:

Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:


Dra. Maria Regina Cesar
Coordenadora Comitê de Risco


Dra. Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico

Pág.
1 / 4

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 01
		Data de Emissão 09/10/2014
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	<p>cirúrgicos, consultas ambulatoriais, agendamento de consultas e exames, atendimento da fonoaudiologia, fisioterapia, na admissão e transferência para os setores, alta, entre outros.</p> <p><u>RECÉM-NASCIDO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a pulseira com os dados: nome da mãe, Registro Hospitalar, data e hora do nascimento e sexo. - As pulseiras serão colocadas no CCO em dois locais, preferencialmente no punho direito e tornozelo esquerdo. - Conferir a identificação antes do cuidado como descrito acima. - No caso dos RN's a conferência deve ser feita com as pulseiras de identificação. - Conferir a identificação do binômio na transferência para os setores Alojamento Conjunto e Internação Adulto. Caso o RN seja transferido para a Unidade Neonatal conferir os dados das pulseiras com o prontuário. - Realizar o preenchimento do formulário denominado de "Troca de Pulseira" quando a mãe tiver alta hospitalar e o RN permanecer internado na Unidade Neonatal, com a apresentação de documento com foto e cópia da DNV (Declaração de Nascido Vivo). - Conferir este formulário em conjunto com um documento com foto da mãe na recepção do Hospital e Unidade Neonatal em toda entrada dessa mãe na Instituição.
--	--

Elaborado por: Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.		
Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	Pág. 2 / 4

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 01
		Data de Emissão 09/10/2014
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	<ul style="list-style-type: none"> - Conferir a pulseira do RN com a pulseira da mãe no momento da alta no Alojamento Conjunto, e preenchimento do aviso de alta. - Conferir a pulseira do RN com o formulário de “Troca de Pulseira” e documento com foto da mãe/responsável no momento da alta na Unidade Neonatal, e preenchimento do aviso de alta. - Conferir o aviso de alta com a pulseira de identificação da mãe e do RN na Portaria pelo segurança; - Alta do berçário: conferir aviso de alta do RN com pulseira de identificação do RN e documento com foto da mãe/ responsável. - Se houver algum evento relacionado à identificação do paciente, NOTIFIQUE no impresso de Notificação de Evento Adverso (cód. 196A) e deposite nas Urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro ou Bloco Cirúrgico.
--	--

OBJETIVO/ JUSTIFICATIVA	ABRANGÊNCIA	INTERVENÇÃO
- Garantir a correta identificação do paciente a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se	- Todos os setores de prestação do cuidado, onde são atendidos pacientes internados.	- Identificar os pacientes; - Envolver os profissionais, pacientes e familiares; Confirmar a

Elaborado por:

Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:

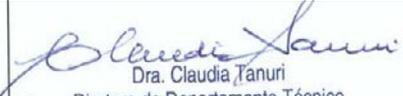

Dra. Maria Regina Cesar
Coordenadora Comitê de Risco


Dra. Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico

Pág.
3 / 4

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 01
		Data de Emissão 09/10/2014
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

destina.		identificação antes do cuidado multiprofissional.
RISCOS		MATERIAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Identificação errada do paciente. - Falha na execução do Protocolo. 		<ul style="list-style-type: none"> - Pulseira de identificação da mãe e RN impressa - Pulseira de Identificação da mãe e RN plástica
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> - Na falta ou quebra do equipamento que imprime a pulseira, identificar os pacientes com o modelo de pulseira plástica escrita a mão com letra legível com todas as informações pertinentes; - Nunca pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?”, e sim pergunte a ele qual seu nome e se possível peça a ele que solete; - Nunca suponha que o paciente está no leito correto com a identificação correta. - Na transferência do RN para o setor onde a mãe estiver internada, realizar a conferência juntamente com a pulseira da mãe; - Nos casos de gemelaridade, identificar na pulseira do RN como I gemelar, II gemelar, etc; - Ao colocar ou trocar as pulseiras de identificação no RN, conferir os dados com outro colega ou a própria mãe (dupla checagem). 		
RESULTADOS ESPERADOS		
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o paciente como a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento e assegurar o devido serviço ou tratamento para o paciente certo. - Diminuir os eventos relacionados à Identificação do Paciente. 		

Elaborado por: Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.		
Aprovado por:	 Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico
		Pág. 4 / 4

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 02
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE QUEDA		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

AGENTE	ATIVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Auxiliar de Enfermagem - Profissional da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar diariamente pelo enfermeiro o risco de queda dos pacientes nos setores de internação (Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Casa da Gestante de Alto Risco e UTI Adulto) conforme impresso P059B; - Identificar o paciente com pulseira de cor azul no mesmo membro da pulseira de identificação; - No Pronto Socorro Obstétrico e Pré-parto o critério avaliado para o risco de queda será a deficiência física; - No Bloco Cirúrgico os critérios avaliados para o risco de queda serão a deficiência física e idade ≥ 60 anos; - Entregar ao pacientes e/ou acompanhante, no setor onde estiver internado, o <i>Folder de Orientação de Prevenção de Queda</i>, realizar a orientação e solicitar que o mesmo assine a Declaração de Recebimento no final do Folder; - Anexar a Declaração de Recebimento no prontuário do paciente; - Transferir o paciente em cadeira de roda ou maca; - Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante; - Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; - Não deixar o paciente se levantar sozinho no POI (Pós-operatório Imediato), somente acompanhado de um profissional de enfermagem; - Acompanhar e auxiliar no banho todos os pacientes em POI;

Elaborado por: Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Marcelo Araujo Lima, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Morais Vieira.	
Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Januri Diretora de Departamento Técnico
	Pág. 1 / 5

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 02
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE QUEDA		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente/acompanhante da necessidade de solicitar a enfermagem para sua locomoção e mobilização; - Orientar para que o paciente não se levante subitamente; - Orientar o paciente a levantar-se vagarosamente, permanecendo sentado por pelo menos 5 minutos com os pés apoiados no chão antes de sair da cama; - Manter campainha ao alcance do paciente; - Manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas; - Manter as grades de proteção do leito elevadas; - Manter a área de circulação do quarto, corredor, livre de móveis e utensílios; - Auxiliar na deambulação os pacientes que apresentarem dificuldade de marcha, déficit sensitivo ou motor; - Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, etc); - Manter as escadas próximas das camas; - Não deixar o ambiente totalmente escuro; - Orientar o uso de calçados antiderrapantes; - 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).
--	--

Elaborado por: Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Marcelo Araujo Lima, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.		
Aprovado por:	 Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Januri Diretora de Departamento Técnico
		Pág. 2 / 5

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 02
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE QUEDA		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	<p><u>RECÉM-NASCIDOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Transferir o recém-nascido sempre em berço ou incubadora de transporte entre setores; - Transferência do binômio do PPP com vaga liberada no setor de Alojamento Conjunto, o RN será transportado com o top em contato pele a pele com a mãe; - Transferência do binômio da REC para Alojamento Conjunto ou Internação Adulto, transcorridas algumas horas do parto, os recém-nascidos serão transportados entre as pernas da mãe na maca; - Utilizar avental próprio para realização de posição canguru; - Manter as portinholas fechadas; - Manter ninho ao redor do recém-nascido ou rolinhos; - Alertar os pais quando estiverem adormecendo com RN no colo; - Orientar que somente o funcionário retire o RN da incubadora. <p><u>PUÉRPERAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Além de todas as orientações acima incluir as seguintes: - Orientar a mãe a NÃO deixar seu bebê na cama sozinho; - Orientar a mãe a NÃO dormir com seu bebê na cama; - Se a queda ocorrer, prestar os cuidados imediatos,
--	---

Elaborado por:
Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Marcelo Araujo Lima, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	Pág. 3 / 5
---	--	-----------------------------

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 02
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE QUEDA		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	comunicar o enfermeiro e equipe médica, registrar no prontuário e NOTIFICAR no formulário de Indicadores de Enfermagem (P059B) ou no impresso de Notificação de Eventos Adversos (P196A), este último deposite nas Urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro ou Bloco Cirúrgico.
--	---

OBJETIVO/ JUSTIFICATIVA	ABRANGÊNCIA	INTERVENÇÃO
- Promover ações preventivas para reduzir a ocorrência de queda dos pacientes e os danos dela decorrentes. Vale ressaltar, que este incidente pode aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, além de repercutir negativamente na credibilidade da Instituição.	- Todos os pacientes avaliados com risco de queda pelo enfermeiro em todos os setores de internação, desde a admissão até a alta.	- Avaliação de risco; - Ações preventivas.
RISCOS	MATERIAIS	
- Avaliação inadequada do Risco de Queda; - Falha na execução do Protocolo.	- Impresso de Avaliação de Riscos (P059B); - Folder com orientações para o paciente e acompanhante; - Ficha de Notificação de Eventos Adversos (P196A).	

Elaborado por:
Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Marcelo Araujo Lima, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:	 Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	Pág. 4 / 5
----------------------	--	--	----------------------

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 02
		Data de Emissão 10/12/2014
	PREVENÇÃO DE QUEDA	Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

OBSERVAÇÕES

- A partir de 01 critério assinalado no Impresso de Avaliação de Risco (P059B), o paciente apresenta risco de queda e assim inicia-se o Protocolo;
- Essa avaliação é feita desde a admissão até a alta do paciente;
- Acompanhar e auxiliar no banho todos os pacientes que estão no POI.

RESULTADOS ESPERADOS

- O resultado esperado é a diminuição da incidência de queda e as complicações que esse evento possa trazer.

Elaborado por:

Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Maria de Lourdes O. Silva, Marcelo Araujo Lima, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:


Dra. Maria Regina Cesar
Coordenadora Comitê de Risco


Dra. Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico

Pág.
5 / 5

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 03
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

AGENTE	ATIVIDADE
- Enfermeiro - Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o risco de úlcera por pressão (UPP) conforme impresso P059B; - Avaliar a pele para detectar a existência de UPP ou lesões já instaladas; - Inspeccionar a pele do paciente na admissão e diariamente; - Manter o paciente seco e a pele sempre hidratada; - Utilizar ácido graxo essencial (AGE) para hidratar e proteger a pele; - Manter as roupas de cama sempre seca e livre de dobras; - Estimular a movimentação ativa no leito no caso de paciente restrito ao leito; - Estimular a deambulação com auxílio quando indicado, evitando risco de queda; - Avaliar o estado nutricional e de hidratação, se necessário comunicar a equipe de Terapia Nutricional; - Realizar a mudança de decúbito de 2/2h conforme prescrição do enfermeiro; - Atentar para a fricção, utilizar forro móvel para mobilização do paciente; - Manter decúbito elevado 30° ou conforme prescrição; - Proteger proeminências ósseas com filme transparente ou placa de hidrocolóide; - Usar superfícies de apoio para diminuir e distribuir a pressão (coxins);

Elaborado por:
 Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucimar Fernandes de Sousa.

Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	Pág. 1 / 3
--	--	-----------------------------

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 03
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	<ul style="list-style-type: none"> - Usar colchão caixa de ovo. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden). - Continuar as intervenções anteriores - Usar colchão pneumático; - Manejo da dor, através da avaliação com escala de dor aprovada para intervenção adequada. - Se mesmo após os cuidados preventivos o evento ocorrer, iniciar o tratamento da úlcera conforme prescrição, registrar no prontuário e NOTIFICAR no formulário de Indicadores de Enfermagem (cód. 059B) ou no Impresso de Notificação de Evento Adverso (P196A), este último deposite nas Urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro ou Bloco Cirúrgico. - Comunicar a Comissão de curativos. 	
OBJETIVO/ JUSTIFICATIVA	ABRANGÊNCIA	INTERVENÇÃO
- Promover a prevenção da ocorrência de UPP, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, prolongando a internação e riscos de infecção dentre outros agravos evitáveis.	- Todos os pacientes que apresentem riscos após avaliação de risco feito pelo enfermeiro através da Escala de Braden.	- Avaliação de risco; - Ações preventivas.

Elaborado por:
Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucimar Fernandes de Sousa.

Aprovado por:			Pág. 2 / 3
	Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 03
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

RISCOS	MATERIAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação inadequada do Risco de Úlcera Por Pressão; - Falha na execução do Protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impresso de avaliação de risco (P059B); - Impresso de notificação de eventos adversos (P196A).
OBSERVAÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de risco de úlcera por pressão através da Escala de Braden; - Paciente que interna previamente com a UPP deve ser acompanhado para minimizar as lesões, bem como ter registro em prontuário da evolução da mesma. Entretanto, não é necessário notificar, porque só serão notificados os casos novos. 	
RESULTADOS ESPERADOS	
<ul style="list-style-type: none"> - O resultado esperado é a diminuição da incidência de Úlcera por Pressão e as complicações que esse evento possa trazer. 	

Elaborado por: Cristiane Barreto Almada, Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Gileade Gomes dos Santos, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucimar Fernandes de Sousa.	
Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico
Pág. 3 / 3	

	PROCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 04
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE FLEBITE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

AGENTE	ATIVIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro - Auxiliar de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o risco de flebite conforme impresso P059B; - Higienização das mãos antes da punção. - Realizar antisepsia com álcool 70%. - Após a punção identificar o acesso com nome, data e horário. - Fixar o acesso com fita adesiva hipoalergênica em quantidade suficiente para facilitar a avaliação de sinais flogísticos. - Manter vigilância aumentada de 2/2 h nos casos em que o paciente estiver recebendo: NPP, drogas vasoativas, irritantes, vesicantes e quimioterápicos. - Adequar diluições dos medicamentos. - Proteger o membro puncionado antes do banho. - Trocar o acesso a cada 72h ou quando necessário (obstrução, infiltração, flebite, etc). - Caso não seja possível o item acima, justificar no prontuário. - Nos casos de dificuldade de acesso venoso avaliar a indicação de passagem de Cateter Central, discutindo com equipe médica. - Se flebite presente, iniciar cuidados locais, comunicar o enfermeiro e NOTIFICAR no formulário de Indicadores de Enfermagem (P059B) ou impresso de Notificação de Evento Adverso (P196A), este último deposite nas Urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação

Elaborado por:
Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa; Eliana Claudino de Lima; Gileade Gomes dos Santos, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:			Pág. 1 / 3
	Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	Dra. Claudia Januri Diretora de Departamento Técnico	

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 04
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE FLEBITE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

	Adulto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro ou Bloco Cirúrgico.
--	--

OBJETIVO/ JUSTIFICATIVA	ABRANGÊNCIA	INTERVENÇÃO
- Promover ações preventivas para reduzir a incidência de flebite e as complicações relacionadas.	- Todos os pacientes com acesso venoso que apresentam fatores de risco nos setores de internação.	- Avaliação de risco; - Ações preventivas.

RISCOS	MATERIAIS
- Avaliação inadequada do Risco de Flebite; - Falha na execução do Protocolo.	- Impresso de avaliação de risco (P059B); - Impresso de notificação de eventos adversos (P196A).

OBSERVAÇÕES
- Procedimento de punção venosa periférica- vide Protocolo de Enfermagem nº 048; - Higienizar as mãos antes e após a manipulação do cateter; - Realizar a desinfecção das conexões com gaze e álcool 70% antes de manipulá-las em movimentos circulares por 5 vezes; - Atentar para não contaminar essas conexões; - Retirar o acesso venoso assim que o seu uso não for mais necessário. - Grau de flebite - Grau 0: nenhum sintoma; - Grau 1: Eritema no local da inserção com ou sem dor;

Elaborado por:
Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa; Eliana Claudino de Lima; Gileade Gomes dos Santos, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:			Pág. 2 / 3
	Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 04
		Data de Emissão 10/12/2014
PREVENÇÃO DE FLEBITE		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

- Grau 2: Dor no local da inserção com eritema e/ou edema;
- Grau 3: Dor no local da inserção com eritema e/ou edema. Formação de endureção com cordão venoso palpável;
- Grau 4: Dor no local da inserção com eritema e/ou edema. Formação de endureção com cordão venoso palpável maior que 1 polegada (2,75 cm) em comprimento.

RESULTADOS ESPERADOS

- O resultado esperado é a diminuição da incidência de flebite e as complicações que esse evento possa trazer.

Elaborado por:

Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa; Eliana Claudino de Lima; Gileade Gomes dos Santos, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Ordália Helena Rezende Oliveira, Simone de Moraes Vieira.

Aprovado por:


 Dra. Maria Regina Cesar
 Coordenadora Comitê de Risco


 Dra. Claudia Tanuri
 Diretora de Departamento Técnico

Pág.
3 / 3

	PROCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 05
		Data de Emissão 26/12/2014
ALERGIA		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

AGENTE	ATIVIDADE
-Enfermeiro Pronto Socorro	- Questionar alergia do paciente durante triagem no Pronto Socorro conforme impresso (P152D) e assinalar o mesmo; - Identificar o paciente com pulseira laranja no membro superior direito, na impossibilidade de colocar nesse membro, escolher os outros membros num sentido horário; - Colar etiqueta laranja na frente da ficha do BE (Boletim de Emergência) com o nome do medicamento que o paciente tem alergia;
- Enfermeiro Setor - Auxiliar de Enfermagem	- Durante internação avaliar diariamente a presença da pulseira laranja e necessidade de troca; - Colar etiqueta laranja com o nome do medicamento alérgico na capa do prontuário do paciente; - Colar etiqueta laranja com o nome do medicamento alérgico na frente da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) diariamente;
- Médico	- Colar etiqueta laranja com o nome do medicamento alérgico na frente da prescrição médica diariamente; - Se ocorrer algum incidente relacionado comunicar o enfermeiro e NOTIFICAR no impresso de Notificação de Evento Adverso (P196A) e deposite nas Urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro ou Bloco Cirúrgico.

Elaborado por: Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Mara Ribeiro de Melo, Marcelo Araujo Lima, Maria de Lourdes Oliveira Silva, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Ordália Helena Rezende Oliveira.	
Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico
Pág. 1 / 2	

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 05
		Data de Emissão 26/12/2014
ALERGIA		Revisão nº 1
		Data desta Revisão 16/05/2016

OBJETIVO/ JUSTIFICATIVA	ABRANGÊNCIA	INTERVENÇÃO
- Promover ações para prevenir eventos adversos relacionados ao paciente alérgico.	- Todos os pacientes avaliados na triagem e durante internação que tenham alergia.	- Avaliação de risco; - Ações preventivas.
RISCOS	MATERIAIS	
- Avaliação inadequada de alergia. - Falha na execução do Protocolo.	- Impresso de classificação de risco (P152D); - Impresso de notificação de eventos adversos (P196A); - Pulseira de identificação de risco na cor laranja; - Etiqueta laranja "Alérgico (a)".	
OBSERVAÇÕES		
- Manter estoque de etiquetas de alergia; - Manter as etiquetas ao alcance dos profissionais;		
RESULTADOS ESPERADOS		
- O resultado esperado é a ausência de eventos adversos relacionados aos pacientes alérgicos e suas complicações.		

Elaborado por: Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Mara Ribeiro de Melo, Marcelo Araujo Lima, Maria de Lourdes Oliveira Silva, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Ordália Helena Rezende Oliveira.		
Aprovado por:  Dra. Maria Regina Cesar Coordenadora Comitê de Risco	 Dra. Claudia Tanuri Diretora de Departamento Técnico	Pág. 2 / 2

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

1. OBJETIVO

Garantir cirurgias com local de intervenção, procedimento correto e paciente correto.

Aperfeiçoar a comunicação entre os membros da equipe envolvida no processo.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no HMEC, com ênfase nas cirurgias eletivas.

3. AGENTES

- Profissionais de enfermagem
- Médico cirurgião
- Residentes médicos
- Anestesiologista
- Condutor da Lista de Verificação que será um profissional da enfermagem, que esteja participando e seja o responsável por conduzir a aplicação da Lista de Verificação, incluindo o Time Out.

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


 Dra. Maria Regina Cesar
 Coordenadora Comitê de Risco


 Dra. Claudia Tanuri
 Diretora de Departamento Técnico

Pág.
1 / 9

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

4. RISCOS

- Cirurgia errada, no paciente errado, sítio e lateralidade errada;
- Falha na execução do Protocolo;
- Falha no preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

5. MATERIAIS

- Impresso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (P188C);
- Impresso de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (P196A).

6. LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (LVSC) – CHECK LIST

A lista de verificação de segurança cirúrgica do HMEC foi adaptada a partir do modelo da OMS, e possui 5 etapas (ANEXO I):

I – Antes do encaminhamento para o Bloco Cirúrgico

II – Admissão no Bloco Cirúrgico (Check In)

III – Antes de iniciar a cirurgia (Time Out)

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


 Dra. Maria Regina Cesar
 Coordenadora Comitê de Risco


 Dra. Claudia Tanuri
 Diretora de Departamento Técnico

Pág.
2 / 9

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia (Check Out)

V – Antes do paciente ser encaminhado para RPA/UTI Adulto

7. INTERVENÇÕES

I – Antes do encaminhamento para o Bloco Cirúrgico

- Essa etapa é realizada na Unidade de Internação Adulto pela equipe de enfermagem, que verifica a pulseira de identificação do paciente, presença de jejum, confirma verbalmente a identificação do paciente questionando nome completo e data de nascimento, sítio cirúrgico e procedimento;
- A demarcação do sítio cirúrgico deverá ser realizada pelo médico e confirmada com o paciente consciente, com caneta permanente que não saia com água nem produtos de antissepsia, registrando o símbolo de alvo; (O)
- Verificar retirada de adornos e próteses móveis;
- Termo de Consentimento Informado- Cirúrgico e Anestésico- deve estar assinado pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos pelo médico;
- Verificar presença de exames pré-operatórios, tipagem sanguínea, necessidade de reserva de hemocomponente.

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


Dra. Maria Regina Cesar
Coordenadora Comitê de Risco


Dra. Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico

Pág.
3 / 9

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

II – Admissão no Bloco Cirúrgico (Check In)

- Esta etapa é realizada na admissão do Bloco Cirúrgico pelo enfermeiro;
- Confirmar verbalmente com o paciente sua identificação com nome completo e data de nascimento, sítio cirúrgico, procedimento e lateralidade;
- Verificar a demarcação da lateralidade;
- Verificar os Termos de Consentimentos assinados;

III – Antes de iniciar a cirurgia (Time Out)

- Time Out é a pausa cirúrgica momentânea feita pela equipe imediatamente antes do início do procedimento cirúrgico, dentro da sala cirúrgica, confirmando verbalmente com todos os membros da equipe todas as informações abaixo;
- O condutor da Lista de Verificação confirma a identificação do paciente com nome completo e data de nascimento, procedimento, sítio cirúrgico e lateralidade; confirma a apresentação de todos os membros da equipe com nome e função;
- Solicitar ao anestesiológico que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica, que inclui carrinho de anestesia, materiais de intubação e kit anestésico;
- Verificar funcionamento do monitor multiparamétrico no paciente;
- Verificar junto à equipe médica se todos os materiais e equipamentos (incluindo próteses) estão estéreis e disponíveis;

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


 Dra. Maria Regina Cesar
 Coordenadora Comitê de Risco


 Dra. Claudia Tanuri
 Diretora de Departamento Técnico

Pág.
4 / 9

	PROCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

- Confirmar com paciente alergia conhecida. Se sim, verificar a presença de etiqueta laranja na prescrição e prontuário, e uso da pulseira laranja no paciente, identificando o risco e garantir que o anesthesiologista e cirurgião tenha esse conhecimento;
- Verificar a necessidade e disponibilidade dos exames de imagens;
- Verificar com o anesthesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil e o risco de aspiração;
- Verificar com anesthesiologista e cirurgião se o paciente tem risco de perda sanguínea > 500ml e disponibilidade de reserva de hemocomponente;
- Verificar com anesthesiologista e cirurgião se o paciente tem risco de trombose, e verificar medidas para prevenção adotada;
- Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana administrada durante os últimos 60 minutos antes da incisão cirúrgica.

IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia (Check Out)

- O condutor confirma verbalmente com a equipe a pulseira de identificação do paciente e se o procedimento realizado foi o mesmo do programado;
- Confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, agulhas e instrumentais;
- Confirmar a identificação correta/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica antes de ser encaminhada;
- A equipe cirúrgica verificará as recomendações de cuidados

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


Dra. Maria Regina Cesar
Coordenadora Comitê de Risco


Dra. Claudia Tanuri
Diretora de Departamento Técnico

Pág.
5 / 9

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

imediatos para a RPA;

- Documentar problemas com materiais/ equipamentos.

V – Antes do paciente ser encaminhado para RPA/UTI Adulto

- Registrar o nível de consciência do paciente, e presença de dispositivos;

- Conferir o envio do prontuário completo contendo relatório de cirurgia, ficha de monitorização anestésica e prescrição médica, carimbada e assinada.

- Conferir se todas as etapas da Lista de Verificação foram devidamente verificadas, carimbada e assinada pelos profissionais envolvidos.

8. NOTIFICAÇÃO

Em caso de não conformidade, incidentes ou eventos adversos envolvendo o processo de segurança cirúrgica, devem ser notificadas no impresso de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (P196A) e deposite nas Urnas localizadas nos setores: Alojamento Conjunto, Internação Adulto, Unidade Neonatal, Pronto Socorro e Bloco Cirúrgico.

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


 Dra. Maria Regina Cesar
 Coordenadora Comitê de Risco


 Dra. Claudia Tanuri
 Diretora de Departamento Técnico

Pág.
6 / 9

	PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Nº 06
		Data de Emissão 16/05/2016
CIRURGIA SEGURA		Revisão nº 0
		Data desta Revisão 16/05/2016

9. OBSERVAÇÕES

Manter impresso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica no kit internação do paciente cirúrgico eletivo;
 Manter estoque de impresso nos setores: Internação Adulto e Bloco Cirúrgico;
 Atentar para presença da assinatura e carimbo dos profissionais envolvidos.

10. RESULTADOS ESPERADOS

Realizar a cirurgia correta, no paciente correto, no sítio e lateralidade correta.

Elaborado por:

Ana Maria de Oliveira Malara, Ana Paula Sper Santiago, Cristiane Barreto Almada; Daniela Sayuri Misawa, Eliana Claudino de Lima, Geraldo Maurício J. de Nadai, Kleber Carrapatoso, José R. Campos Neto, Marcelo Araujo Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Maria Lucimar Fernandes de Sousa, Simone P. Vidotti.

Aprovado por:


 Dra. Maria Regina Cesar
 Coordenadora Comitê de Risco


 Dra. Claudia Tanuri
 Diretora de Departamento Técnico

Pág.
7 / 9



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA
DR. MÁRIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA
Via Nova Coqueiros



ALÉRGICO(A):

ETIQUETA

Prontuário: _____
Nome: _____
Mãe: _____
CNS: _____
SIS pré-natal: _____
Setor: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA – CHECK LIST

DATA: / / - PROCEDIMENTO PROGRAMADO: _____

I - ANTES DO ENCAMINHAMENTO PARA O BLOCO CIRÚRGICO

NA ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO DE ADULTOS E HOSPITAL DIA

- Pulseira de identificação no paciente com dados corretos
- Jejum a partir das _____ h do dia _____ / _____
- Paciente confirmado:**
 - Identificação (Nome Completo /Data Nascimento)
 - Sítio Cirúrgico
 - Procedimento
 - Ausência de Adornos e Próteses Móveis
 - Consentimento Cirúrgico** informado assinado pelo paciente e pelo Médico
 - Consentimento Anestésico** assinado pelo paciente
 - Banho com Clorexidina Degermantante
 - Lateralidade** demarcada pelo Médico () NA
 - Tipagem Sanguínea**
 - Exames Pré-operatórios**
- Sorologia Reagente:** HIV: () Sim () Não
- Hepatite B: () Sim () Não () Não Constata
- Hepatite C: () Sim () Não () Não Constata
- Reserva Hemocomponentes** () Sim () NA
- Envio do Prontuário Completo**

Encaminhamento do Paciente para o Bloco Cirúrgico às _____ h

Câmbio e Assinatura Enfermagem

II – ADMISSÃO NO BLOCO CIRÚRGICO

(CHECK IN)

ENTRADA NO BLOCO CIRÚRGICO

Recebido por: _____

COREN _____

Paciente confirmado:
() Identificação (Nome Completo e Data de Nascimento)
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
() **Consentimento Cirúrgico** assinado

() **Consentimento Anestésico** assinado pelo Médico
() **Lateralidade Demarcada pela equipe médica** () NA

Câmbio e Assinatura Enfermagem

III - ANTES DE INICIAR A CIRURGIA (TIME OUT)

NA SALA CIRÚRGICA

Confirmar verbalmente com os membros da Equipe:
() Nome completo e data de nascimento do paciente
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
() Identificação de todos os membros da equipe cirúrgica pelo nome e função
Ha risco de Via Aérea Difícil / Risco de Aspiração?
() Não () Sim e equipamentos/assistência disponíveis
() **Monitor Multiparamétrico** no Paciente em funcionamento
Anestesia checkou o **aparelho de anestesia?** () Não () Sim
Anestesia checkou **materiais de intubação e kit anestésico?**
() Não () Sim

Paciente tem alguma Alergia conhecida?
() Não () Sim – Qual? _____
Exames de Imagem são necessários e estão disponíveis?
() Não () Sim () NA
() Todos os materiais e equipamentos (incluindo próteses) estão **estáveis e disponíveis?**
Ha Risco de Perda Sanguínea > 500 ml () Não () Sim
Reserva de hemocomponentes disponíveis?
() Não () Sim () NA
Ha Risco de Trombose? () Não () Sim
Profilaxia para Trombose iniciada?
() Não () Sim – Qual? _____
A Profilaxia Antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?
() Sim – Qual? _____ - Horário: _____
() NA

PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nº 06

Data de Emissão
16/05/2016

CIRURGIA SEGURA

Revisão nº 0

Data desta Revisão
16/05/2016

ANEXO I – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DO HMEC (IMPRESSO P-188B)

COLEÇÃO DE PROTOCOLOS - HMEC - 2016

MISSÃO

Realizar assistência, ensino e pesquisa da mais alta qualidade em saúde da mulher e do recém-nascido no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro interdisciplinar de excelência e referência nacional para o SUS em saúde da mulher e do recém-nascido.

VALORES

- * O orgulho de ser uma instituição pública, confiável, eficiente e resolutiva.*
- * O compromisso com uma gestão participativa e favorecedora do desenvolvimento das potencialidades humanas, onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal.*
- * A fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas, mantendo o espírito sempre aberto a práticas inovadoras.*