

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Higienização simples das mãos		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 05	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 18/01/2022
ELABORADO POR: Enfª. Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva	APROVADO POR: Enfª Mariana Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar o procedimento da higienização simples das mãos, no Hospital Municipal Carolina Lupion, a fim de remover a microbiota transitória, sujidades e oleosidades, bem como prevenir infecções hospitalares.

2. FINALIDADE:

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

3. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion.

4. MATERIAIS:

- Água corrente;
- Sabão/ Sabonete Líquido;
- Papel toalha.

5. DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- De 40 a 60 segundos.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 6.1- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia;
- 6.2- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- 6.3- Ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si;
- 6.4- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- 6.5- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- 6.6- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;

- 6.7- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa.
- 6.8- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- 6.9- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos com a torneira;
- 6.10- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos; Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.
- 6.11- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

7. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2007.

9. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

Assinatura – Responsáveis

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

10. ANEXOS:

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

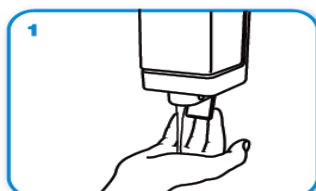
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40-60 seg.



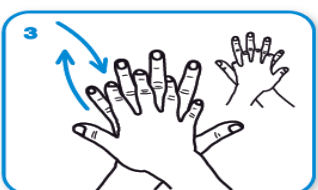
0 Molhe as mãos com água.



1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



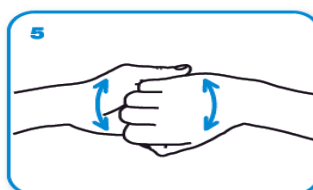
2 Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



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



4 Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



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



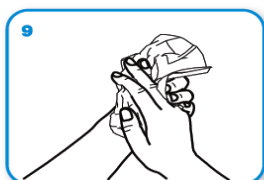
6 Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



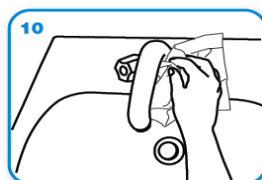
7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



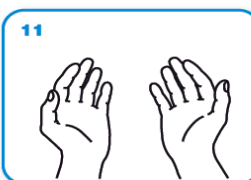
8 Enxágüe bem as mãos com água.




9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11 Agora, suas mãos estão seguras.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Higienização antisséptica das mãos		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 06	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 18/01/2022
ELABORADO POR: Enfª. Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva	APROVADO POR: Mariana Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar o procedimento de higienização antisséptica das mãos no Hospital Carolina Lupion, removendo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

2. FINALIDADE:

- Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina pode substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas

3. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion.

4. MATERIAIS:

- Gel alcóolico a 70% ou solução alcóolica a 70%.

5. DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- De 20 a 30 segundos.

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- 6.1- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
- 6.2- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- 6.3- Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- 6.4- Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
- 6.5- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa;
- 6.6- Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular e vice-versa;
- 6.7- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;

6.8- Friccionar as mãos até secar. Não utilizar papel toalha.

7. FATORES DE RISCO:

- Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2007.

9. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

Assinatura – Responsáveis:

Nome:

Cargo:

Nome:

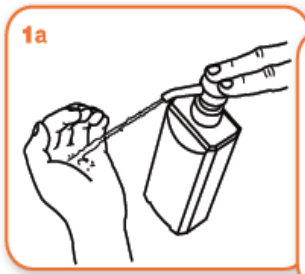
Cargo:

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



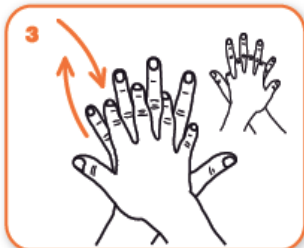
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



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



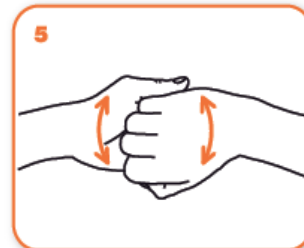
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



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



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



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




6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



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



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Antissepsia cirúrgica ou degermação das mãos		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº: 06	EMIÇÃO EM: 20/03/2011	REVISÃO EM: 18/01/2022
ELABORADO POR: Enfª. Ana Paula Fernandes	VERIFICADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva	APROVADO POR: Enfª Mariana Carneiro

1. OBJETIVO:

- Padronizar o procedimento de Antissepsia cirúrgica ou degermação das mãos no Hospital Carolina Lupion, removendo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

2. ALCANCE/RESPONSABILIDADE:

- Todos os profissionais do Hospital Municipal Carolina Lupion do Centro Cirúrgico.

3. MATERIAIS:

- Lavatório com torneira.
- Solução degermante.
- Escovas e/ou esponjas secas ou embebidas em solução degermante.
- Compressas estéreis descartáveis ou de pano.

DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- 3-5 minutos.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

- Retirar adornos: anéis, pulseiras, relógios.
- Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos.
- Aplicar a solução degermante líquida na palma das mãos espalhando nas mãos, antebraço e cotovelo.
- Friccionar as mãos, conforme técnica de Higienização Simples das Mãos (POP n. 001), antebraço e cotovelo mantendo as mãos acima dos cotovelos.
- Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto.
- Enxugar as mãos em compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da compressa para regiões distintas.

- No uso de esponja/escova com antisséptico, pressionar a esponja contra a pele e espalhar por toda a superfície das mãos e cotovelos seguindo a técnica descrita.
- A torneira possui sistema com pedal para abrir e fechar.

5. FATORES DE RISCO:

- Permitir resíduo de sabonete nas mãos provocando danos à pele;
- Uso de papel toalha causa a quebra da cadeia asséptica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora n. 32 sobre a segurança e saúde no trabalho e estabelecimentos de saúde.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: 2009. 105p.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização das Mãos Anti-sepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório



1. Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos.



2. Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.



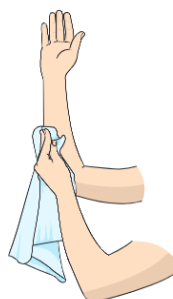
3. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.



4. Friccionar as mãos, observando espaços interdigitais e antebraço por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.



5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.



6. Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.

8. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

Assinatura – Responsáveis:

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	<p align="center">Hospital Municipal Carolina Lupion</p>
<p>TÍTULO DO DOCUMENTO: Avaliação de risco de lesão por pressão</p>		<p>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL</p>
<p>POP Nº:</p>	<p>EMIÇÃO EM: 20/11/2017</p>	<p>REVISÃO EM: 18/01/2022</p>
<p>ELABORADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva</p>	<p>VERIFICADO POR: Enfª Elenice Salete Farsen</p>	<p>APROVADO POR: Enfª Mariana Carneiro</p>

1. OBJETIVO:

- Reduzir o risco de lesão por pressão em pacientes internados de forma segura durante a permanência dentro da instituição hospitalar, visando a prevenção deste evento adverso.

2. FINALIDADE:

- Promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele;
- Prevenir a ocorrência de Lesão por pressão (LP) e outras lesões da pele;
- Atender o protocolo de prevenção de Úlcera por Pressão respaldada pelo Ministério da Saúde/Anvisa.
- Atender a meta internacional de Reduzir o Risco de lesão por pressão respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

3. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

A Prevenção de lesão por pressão é indicada para os pacientes no momento da admissão e durante a internação com avaliação do risco para desenvolvimento de LP, com déficit de mobilidade; incontinência; déficit sensitivo e o estado nutricional (incluindo desidratação).

4.1- MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE

➤ MATERIAL/EQUIPAMENTOS

- Bandeja ou cuba rim não estéril
- Gaze não estéril
- Almotolia com álcool a 70%
- Equipamentos de proteção individual: máscara (quando necessário), e luvas de procedimento;

- Escala preditiva de avaliação de risco para úlcera por pressão (escala de Braden)
- Frasco com Hidratante, óleo ou outro produto indicado após avaliação do enfermeiro;
- Protetor cutâneo;
- Superfícies de suporte: Colchão de espuma piramidal protegido com capa de silicone, Coxins, travesseiros (quando prescritos).
- Relógio de mudança de decúbito, ou similar, quando prescrito;
- Lixeira para resíduo infectante
- Biombo.

➤ DESCRIÇÃO TÉCNICA

- Ler a prescrição do paciente, vide plano de contingência;
- Realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP;
- Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
- Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- Higienizar as mãos com álcool 70%;
- Preparar o material planejado;
- Levar a bandeja ou carrinho de curativos ou uma superfície fixa até a unidade do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- Checar os dados de identificação na pulseira do paciente e dados do prontuário;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos;
- Higienizar as mãos com álcool;
- Calçar as luvas de procedimentos, e os demais equipamentos de proteção individual, se necessário;
- Implementar as condutas necessárias de acordo com a avaliação do enfermeiro, vide também no plano de contingência;

4.2- Providenciar a higienização e hidratação da pele:

- Limpar a pele sempre que estiver suja;
- Recomenda-se o uso de água morna e sabão neutro;

- Usar o frasco do produto hidratante, nas áreas ressecadas: Abrir e dispor na luva dominante uma boa quantidade do hidratante; Aplicar na superfície corporal do paciente de forma delicada, repetir o procedimento até que o segmento corporal planejado tenha sido atendido com o produto;
- Não massagear proeminências ósseas, especialmente quando já estiverem hiperemiadas.

4.3- Proteger a pele da exposição de umidade:

- Manter a pele limpa e seca especialmente em regiões de pregas cutâneas;
- Utilizar produtos de barreira; Se for indicado usar protetor cutâneo ou creme barreira ou hidrocolóide em áreas de proeminência óssea, com integridade cutânea preservada;
- Em caso do paciente estiver incontinente use fraldas, e a higiene genital, realizar troca da fralda A CADA eliminação fisiológica, evitando a maceração da pele;
- Quando possível oferecer um aparador (comadre ou papagaio);
- Atentar para outras fontes de umidade: extravasamento de drenos sobre, exsudato, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca;

4.4- Observar presença de sinais clínicos de desnutrição:

Como por exemplo: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação. Baixa aceitação nutricional. Assegurar uma comunicação efetiva junto à nutrição e a equipe médica, a fim de ser avaliada a necessidade de suplemento nutricional;

4.5- Caso o paciente apresente risco médio a moderado para LP deve-se incluir medidas para minimizar a pressão e redistribuição do peso corporal:

- Favorecer ou realizar mobilização no leito a cada 2 horas, vide plano de contingência e instituir como modelo de sinalizador o relógio de mudança de decúbito (anexo),
- Posicionar os pacientes de forma que os calcâneos sejam mantidos afastados da superfície do leito e os joelhos tenham ligeira flexão para evitar hiperextensão evitando obstrução da veia poplítea;

- Quando for reposicionar o paciente, colocar na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir;
- Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semi-deitado (anexo 4-ilustrações para posições);
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar à cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix;
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira;
- Manter a roupa de cama (lençol, oleado, e o traçado móvel) de forma limpa, seca e sem pregas;
- Utilizar traçado móvel durante transferência ou mudança de decúbito;
- Usar o colchão de espuma piramidal com capa impermeável em pacientes com risco médio a moderado para LP (escore entre 13 a18), disponível na instituição.

4.6- Orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado.

- Incluir o acompanhante: familiar ou cuidador na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter a organização da unidade do paciente;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Realizar higienização das mãos conforme o POP;
- Registrar a avaliação do cliente e as ações realizadas. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro

4.7- Cuidados especiais/ plano de contingência.

- Deve-se inicialmente ler a prescrição do paciente e/ou o prontuário do paciente, assim como é necessário à prévia avaliação do risco para desenvolvimento de UP, a fim de planejar com exatidão o deverá ser executado.
- Os procedimentos para a manutenção da integridade assim como para a prevenção da UP da pele devem incluir aspectos importantes:
 - 1- avaliar o risco para UP na admissão fazendo reavaliação periódica;
 - 2- inspecionar diariamente e proteger a pele do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento;
 - 3- realizar o tratamento precoce ao detectar anormalidade;
 - 4- usar superfície de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade e
 - 5- educar profissionais de saúde, paciente, familiares e cuidadores.
- Recomenda-se ao enfermeiro a realização de um exame cuidadoso da pele do paciente durante a admissão ou a readmissão, para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes assim como inspecionar as áreas corporais com risco maior, especificamente as regiões anatômicas sacrais, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.
- Ressalta-se o reconhecer a distinção entre os tipos de lesões: úlcera por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites, em caso de dúvidas solicitar o parecer para a CCHUPE.
- A avaliação do risco para desenvolvimento de UP deve ter como referência a escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e a escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde/ANVISA.
- Variação da pontuação da escala de Braden: 6 a 23 pontos- vide anexo 1
 - Sem riscos: 19 pontos ou mais;
 - Médio risco: 15 a 18 pontos;
 - Risco moderado: 13 a 14 pontos;
 - Alto risco: 10 a 12 pontos;
 - Altíssimo risco: 9 a 6 pontos.
- A variação da pontuação da escala de Braden Q: variação de 7 a 28 pontos- vide anexo 2
 - Sem riscos: 28

➤ Risco máximo: 7

- As escalas preditivas devem ser utilizadas em associação à avaliação clínica do enfermeiro, que deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento de lesão cutânea.
- Os cuidados de prevenção para UP devem ser iniciados para todos os pacientes em risco, inclusive aqueles que já apresentam úlcera, favorecendo sua cicatrização.
- A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional é fundamental, considerando todos os integrantes responsáveis pela qualidade da assistência e manutenção da integridade e segurança do paciente. Poderão ser necessárias alterações no tratamento multidisciplinar ao paciente, ajustes: na terapêutica medicamentosa, na terapia nutricional, no tratamento fisioterápico dos pacientes, entre outras medidas.
- Ressalta-se que a utilização de coberturas de filme de poliuretano, ou creme barreira ou hidrocolóide extrafino em áreas de proeminência óssea, com integridade cutânea preservada, as mesmas minimizam APENAS a força de fricção na superfície da pele, não sendo capazes de reduzirem a pressão.
- Caso tenha avaliação para risco de UP a partir do risco médio, favorecer mudança de decúbito a cada 2/2h em combinação com uso de superfícies redutoras de pressão; instituir o uso de relógio ou sinalizadores alternar decúbito lateral direito, dorsal e lateral esquerdo – vide anexo 3
- Há disponíveis na instituição colchões de ar com compressor para cada unidade de internação, sendo as seguintes recomendações: examinar o produto antes de usá-lo; desligar o fio da rede elétrica sempre após o uso; não dar higiene no leito com o compressor ligado; não deixar cair água no compressor devido a acarretar problemas danos elétrico.
- Travesseiros e coxins podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão.
- Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso.
- Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos.

- Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de UP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.
- O protocolo do MS/ANVISA recomenda a utilização de quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.
- Atentar para os registros, considerando os aspectos legais envolvidos na formação da úlcera, desde a admissão até a alta hospitalar;
- Solicitar parecer à Comissão de Curativos- CCHUPE, se necessário.
- DOCUMENTOS

5. Rotina EM CASO DE QUEDA:

- Avaliar condições clínicas após a queda e colocá-lo em condições seguras (sentado ou deitado), comunicar equipe assistencial (equipe de enfermagem, enfermeiro) responsável pelo usuário;
- Equipe de enfermagem deve manter o usuário seguro e o enfermeiro realizar exame físico,
- Solicitar avaliação médica;
- Proceder conduta médica, se necessário;
- Reavaliar o paciente para risco de queda;
- Orientar usuário e acompanhante sobre o risco de queda;
- Notificar qualquer incidente, seja ele com ou sem danos ao usuário na ficha de notificação de eventos adversos.

6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda será feita através da aplicação da Ficha de Avaliação para Risco de Queda em Ambiente Hospitalar (Escala de Morse) (Anexo 1). Disponível no prontuário e posto de enfermagem desde o momento da admissão do usuário na Unidade de Internação até o momento de sua alta, sendo realizada diariamente, conforme a rotina da assistência de enfermagem.

FATORES QUE PREDISPÕEM A QUEDA

- 6.1-** Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- 6.2-** Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- 6.3-** Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - Acidente vascular cerebral prévio;

- Hipotensão postural;
- Tontura;
- Convulsão;
- Síncope;
- Dor intensa;
- Obesidade severa.
- Baixo índice de massa corpórea;
- Anemia;
- Insônia;
- Incontinência ou urgência miccional;
- Incontinência ou urgência para evacuação;
- Artrite;
- Osteoporose;
- Alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

6.4- Funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- Fraqueza muscular e articulares;
- Amputação de membros inferiores; e
- Deformidades nos membros inferiores.

7.1.5 Comprometimento sensorial:

- Visão;
- Audição; ou
- Tato.

6.5- Equilíbrio corporal: marcha alterada.

6.6- História prévia de queda.

6.7- Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- Anti-histamínicos;
- Antipsicóticos;
- Antidepressivos;
- Digoxina;
- Diuréticos;
- Laxativos;

- Relaxantes musculares;
- Vasodilatadores;
- Hipoglicemiantes orais;
- Insulina; e
- Politerapia medicamentosa (uso de 4 ou mais medicamentos).

7. Princípios de utilização da Escala de Morse

- A Escala de Morse está indicada para todos os usuários, com idade acima de 18 anos;
- A escala de Morse pressupõe autocuidado para prevenção de quedas, portanto não está indicada para usuários com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora (tetraplégicos, comatosos ou sedados). Nestes casos, a escala de Morse é dispensada, porém as intervenções direcionadas a prevenção da queda, especialmente aquelas relacionadas a mobilização do usuário, permanecem vigentes;
- Considera-se risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 24 pontos.

7.1-Critérios de avaliação:

7.1.1- Avaliação da história de queda:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Nenhum episódio de queda nos últimos três meses; ou, ainda, se queda for acidental, como por exemplo se a pessoa foi empurrada por outrem, ou caiu devido a colisão com veículo móvel. Nestas situações, entende-se que a queda não foi provocada por um fator fisiológico, portanto não se considera como antecedente.
SIM	25	História de queda resultante de condição física e/ou mental prejudicada, nos últimos três meses, compreendendo inclusive o período de internação.

7.1.2- Avaliação de diagnóstico secundário:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Ausência de diagnóstico secundário
SIM	15	Existência de mais do que um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda

7.1.3- Avaliação da deambulação:

	PONTOS	CONSIDERAR
SEM APOIO	0	Usuário que anda sem qualquer apoio, se andar sempre apoiado por outra pessoa ou se, em uso de cadeira de rodas, estiver adaptado à utilização e transferência autônoma ou, ainda se for transferido sempre com ajuda de outrem. Usuário restrito ao leito que cumpra o repouso
AUXILIAR DE MARCHA	15	Utiliza algum dispositivo de marcha como bengala, muleta, andador
APOIADO NA MOBÍLIA	30	Deambula se apoiando em móveis ao seu redor por medo de cair, por exemplo

7.1.4- Avaliação do dispositivo intravenoso:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Usuário que não se encontra infundindo medicação endovenosa. Ainda, medicações em <i>bólus</i> não são considerados terapia endovenosa em perfusão
SIM	20	Usuário que se encontra conectado à terapia endovenosa, mesmo que intermitente

7.1.5- Avaliação do tipo de marcha:

	PONTOS	CONSIDERAR
NORMAL	0	Usuário caminha de cabeça erguida, braços balançando livremente ao longo do corpo, sem hesitar. Ainda, o usuário em uso de cadeira de rodas, estiver adaptado à utilização e transferência autônoma ou se for transferido sempre com ajuda de outrem
FRACA	10	Usuário anda curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, podendo se apoiar levemente em algum móvel para se sentir mais seguro
PREJUDICADA	20	Usuário tenta andar e a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Apoia-se fortemente nos móveis ao redor ou na pessoa que auxilia a deambulação, pois apresenta desequilíbrio e necessita de assistência para locomover-se. Se usuário faz uso de cadeira de rodas deve ser avaliado de acordo com a sua capacidade de transferir da cama para cadeira e vice-versa

7.1.6- Avaliação do estado mental:

	PONTOS	CONSIDERAR
CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	0	Quando a auto avaliação do usuário em relação a sua capacidade de deambular é consistente com as prescrições/percepções da enfermagem
NÃO CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	15	Quando a auto avaliação do usuário superestima a sua capacidade de deambulação, portanto esquece suas limitações

8. Intervenções na prevenção do risco de quedas:

8.1-Cuidados relacionados ao ambiente

- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar usuário e familiares a utilizarem a luz auxiliar da enfermaria durante a noite);
- Assegurar que os itens pessoais do usuário, assim como papagaios e comadres, estejam ao seu alcance;
- Dispor de escada de dois degraus próximo ao leito, se a cama não for eletrônica;
- Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
- Manter o trajeto no quarto/enfermaria livre;
- Manter grades das camas elevadas, quando houver;
- Manter camas baixas;
- Solicitar ao acompanhante, caso este necessite se ausentar, que informe a equipe de enfermagem o período em que o usuário permanecerá sozinho;
- Manter avisos para que não se permaneça atrás das portas quando as mesmas estiverem fechadas.

8.2-Cuidados relacionados à mobilidade

- Toda a saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da enfermagem quando impossibilitado de realiza-la sozinho em segurança;
- Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta, com prescrição médica de fisioterapia motora;
- Auxiliar o paciente nos cuidados de higiene pessoal quando necessário, troca de fraldas frequentes e programar horários regulares para levar o usuário ao banheiro;
- Atentar para os calçados utilizados pelos usuários;

- Utilizar barras de apoio nos banheiros e corrimão nas escadas;
- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do usuário;
- Avaliar o nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;
- Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito;
- Comunicar a equipe do risco de queda e as mudanças de classificações;
- As equipes de diagnósticos devem ficar atentas aos usuários com pulseira com adesivos de cor amarela e vermelha;
- Evitar a locomoção do usuário em trajetos tumultuados, quando possível;
- Utilizar muleta, andador e bengala, se for necessário, conforme orientação da fisioterapia;
- Orientar os acompanhantes que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital;
- Orientar o usuário/ou acompanhante sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc;

8.3- Cuidados relacionados à higiene e conforto

- Orientar os usuários a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
- Acomodar os usuários com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximos ao banheiro;
- Auxiliar ou dar banho de aspersão na cadeira de rodas no usuário com risco para queda, desde que não haja indicação de banho no leito;
- Instruir usuários homens com risco para queda, quando forem utilizar o vaso sanitário, a sentarem.

8.4- Cuidados relacionados ao repouso

Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas;

8.5- Cuidados relacionados a cirurgias/procedimentos/Sedação/Anestesia

- Informar o usuário e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico;
- Solicitar a família que fique um acompanhante com o paciente nas primeiras 24h pós cirurgia;

- Orientar o usuário e/ou acompanhante a levantar progressivamente elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama;
- Sair do leito acompanhado pela enfermagem ou pelo acompanhante;
- Se o usuário estiver no leito, permanecer com as 4 grades elevadas (pré cirúrgico e pós cirúrgico);
- O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
- Permanecer ao lado do usuário cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica;
- Permanecer ao lado da parturiente durante todo o período expulsivo;
- Monitorar a reposição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário;
- Dispor um número adequado de profissionais para transferir o usuário da mesa cirúrgica para a cama, conforme avaliação do enfermeiro;
- Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico.

OBSERVAÇÃO: Todas as medidas adotadas para prevenir queda devem ser registradas no prontuário do usuário.

8. REFERÊNCIAS:

- 8.1. ALMEIDA, R.A.R.; ABREU C.C.F, MENDES, A.M.O.C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev. Enf. Ref.; v.3, n. 2, p. 2163 - 72, 2010.
- 8.2. ABREU C; MENDES A; MONTEIRO J; SANTOS F.R. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Rev. Lat. Am Enfermagem [online]; v. 20, n.3. p. 597-603, 2012.
- 8.3. BARBOSA P; CARVALHO L; SANDRA C. Escala de quedas de Morse. Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. V.1, 2015. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf. Acesso em: 28/01/2016
- 8.4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em 30 nov. 2017.
- 8.5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas [Internet]. Rio de Janeiro: ANVISA; 2013
- 8.6. CORREA A.D.; MARQUES I.A.B, MARTINEZ, M.C.; LAURINO, P.S.; LEÃO E.R.; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

9. ANEXOS:

9.1. Ficha de avaliação de risco de lesão por pressão pediátrica.



AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO PEDIÁTRICA

Nome do Paciente: _____		Idade: _____		Leito: _____	
Unidade de internamento: Pediatria					
ESCALA DE BRADEN Q	RESPOSTAS	PONTOS	___/___	___/___	___/___
1-PERCEPÇÃO SENSORIAL: Capacidade de responder à pressão do desconforto	Completamente limitado: não responde ao estímulo doloroso. Devido à diminuição do nível de consciência, ao sedação ou à limitação da capacidade de sentir dor no membro afetado (superfície esquelética).	1			
	Muito limitado: Responde apenas ao estímulo doloroso.	2			
	Levemente limitado: Responde aos estímulos dolorosos.	3			
	Nenhuma Limitação: Responde aos estímulos dolorosos. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.	4			
2-UMIDADE:	Constantemente úmida	1			
	Frequentemente úmida: o resaca de uma pressão em fralda para menos de 20 horas.	2			
	Ocasionalmente úmida: o resaca de uma pressão em fralda para menos de 20 horas.	3			
	Raramente úmida: o resaca de uma pressão em fralda para menos de 20 horas.	4			
3-ATIVIDADE:	Acamado	1			
	Restritos à cadeira: Capacidade de deslocar limitado ou não consegue realizar a própria mobilidade ou precisa de ajuda para sentar-se.	2			
	Caminha ocasionalmente: Passa por distâncias bem curtas, sem ou com ajuda.	3			
	Caminha frequentemente ou jorna demais para deslocar.	4			
4-MOBILIDADE:	Completamente imobilizado não faz mudanças alguma sem ajuda.	1			
	Muito limitado: faz mudanças esporádicas.	2			
	Levemente limitado: faz mudanças frequentes.	3			
	Nenhuma limitação: faz mudanças com ajuda.	4			
5-NUTRIÇÃO:	Muito pobre: nunca toma uma refeição completa, digere pouco líquido.	1			
	Provavelmente inadequado: raramente toma uma refeição completa.	2			
	Adequado: ocasionalmente toma uma refeição.	3			
	Excelente: nunca toma uma refeição.	4			
6-FRICÇÃO E CISCALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície dasa adjacente deslizam uma sobre a outra.	Problema: A sensibilidade, a ventral, a prurido ou a agitação levam a atrito debilitante.	1			
	Problema em potencial: necessita de ajuda moderada a máxima para se mover.	2			
	Nenhum problema aparente: necessita de mínima ou nenhuma assistência.	3			
7- PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	Extremamente comprometida: hematócrito (Hct) < 20 mmHg, < 100 mmHg em recém-nascidos) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	1			
	Comprometida: Normalidade: 200-400 ou a hemoglobina < 100 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 3 segundos, < 20 segundos < 15 seg.	2			
	Adequada: Normalidade: 200-400 ou a hemoglobina < 100 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 3 segundos, < 20 segundos < 15 seg.	3			
	Excelente: Normalidade: 200-400, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar < 3 segundos.	4			
PONTUAÇÃO TOTAL →					
PARÂMETROS: SEM RISCO: 23-19 RISCO BAIXO: 18-15 RISCO MODERADO: 14-13 RISCO ALTO: ≤ 12		ASSINATURA ENFERMEIRO →			

Fonte: versão traduzida: MAIA, A.C.A.R., PELLEGRINO, D.M.S., BLANES, L., DINI, G.M., FERREIRA, L.M. 2011.

9.2. Ficha de avaliação de risco de lesão por pressão Adulto.

AValiação DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO ADULTO

ESCALA DE BRADEN	RESPOSTAS	PONTOS	__	__	__	__	__	__	__	__	__
1-PERCEPÇÃO SENSORIAL: Capacidade de responder à pressão do desconforto	Completamente limitado	1									
	Muito limitado	2									
	Levemente Limitado	3									
	Nenhuma Limitação	4									
2-UMIDADE:	Constantemente	1									
	Muito	2									
	Ocasionalmente	3									
	Raramente	4									
3-ATIVIDADE:	Acamado	1									
	Restritos à cadeira	2									
	Caminha ocasionalmente	3									
	Caminha frequentemente	4									
4-MOBILIDADE:	Completamente imobilizado	1									
	Muito limitado	2									
	Levemente limitado	3									
	Nenhuma limitação	4									
5-NUTRIÇÃO:	Muito pobre	1									
	Provavelmente inadequado	2									
	Adequado	3									
	Excelente	4									
6-FRICÇÃO E CISALHAMENTO <small>Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</small>	Problema	1									
	Problema em potencial	2									
	Nenhum problema aparente	3									
PONTUAÇÃO TOTAL →											
PARÂMETROS: SEM RISCO: 23-19 RISCO BAIXO: 18-15 RISCO MODERADO: 14-13 RISCO ALTO: ≤ 12	ASSINATURA ENFERMEIRO →										

PONTE: Paranhos e Santos (2009).

ORIENTAÇÕES E MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

- () Utilizar colchão de espuma piramidal "caixa de ovo", protegido com capa impermeável, para estimular a circulação e evitar a formação de lesões.
- () Realizar mudança de decúbito para reduzir a duração e a pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo(ex: proeminências ósseas).
- () Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, principalmente calcâneo.
- () Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.
- () Manter e orientar o acompanhante a manter a roupa de cama (lençol, traçado móvel) de forma limpa, seca e sem pregas, a fim de evitar a fricção de áreas vulneráveis.

10. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

ASSINATURA – RESPONSÁVEL

Nome:

Nome:

Cargo:

Cargo:

	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	<p align="center">Hospital Municipal Carolina Lupion</p>
<p>TÍTULO DO DOCUMENTO: Avaliação de risco de quedas em pacientes adultos internos</p>		<p>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL</p>
<p>POP Nº:</p>	<p>EMISSÃO EM: 20/11/2017</p>	<p>REVISÃO EM: 18/01/2022</p>
<p>ELABORADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva</p>	<p>VERIFICADO POR: Enfª. Elenice Salete Farsen</p>	<p>APROVADO POR: Enfª Mariana Carneiro</p>

1. OBJETIVO:

- Reduzir ou eliminar a ocorrência de queda de usuários nos pontos de assistência e o dano decorrente;
- Desenvolver medidas preventivas que contemplem a avaliação de risco individualizada;
- Garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro;
- Promover a educação do usuário, familiares e profissionais.

2. FINALIDADE:

- Aplicar e reduzir as quedas de pacientes em todas as unidades assistenciais do Hospital Municipal Carolina Lupion, onde são mantidos pacientes internados.

3. ALCANCE / RESPONSABILIDADES:

- Todos os Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

É de responsabilidade do Técnico ou Auxiliar de Enfermagem:

- A manutenção da identificação de risco de queda, bem como observância da conduta de prevenção preconizada pela equipe;
- Prontamente prestar assistência ao usuário se ocorrer queda, recolocando-o de forma segura no leito quando esta ocorrer;
- Comunicar o incidente ao enfermeiro coordenador da equipe assistencial.

É de responsabilidade do Enfermeiro da unidade de internação:

- Aplicar a Escala de Morse e avaliar o risco de queda do usuário no momento de sua internação e fixar fita colorida na pulseira de identificação do paciente sinalizando o risco de queda existente;
- Esclarecer aos usuários e seus acompanhantes sobre o risco de queda, solicitar a assinatura do Termo de Esclarecimento e Ciência do Risco de Queda em Ambiente Hospitalar anexada ao prontuário;
- Reavaliar diariamente todos os usuários, identificados ou não, com risco de queda;

- Estabelecer medidas preventivas na prescrição de enfermagem a todo usuário que apresentar risco de queda;
- Adotar medidas preventivas de queda em sua unidade de internação;
- Prontamente atender o usuário quando da ocorrência de queda;
- Solicitar avaliação médica;
- Registrar o incidente e a conduta tomada no prontuário do usuário;
- Notificar o incidente na ficha de eventos adversos.

É de responsabilidade dos serviços gerais:

- Manter um ambiente seguro no âmbito da higiene e organização, de forma a deixar as passagens livres;
- Manter os pisos limpos e secos;
- Prover mobiliário em perfeitas condições de uso (camas, bancadas, suportes, escadas, etc.);
- Sinalizar com placas, identificando piso úmido, durante procedimentos de limpeza e higienização.

É de responsabilidade de todos:

- A manutenção da pulseira com a fita de cor verde (para baixo risco); amarela (para risco moderado); vermelho (para alto risco) presente no pulso do Paciente;
- A criação e manutenção de um ambiente seguro;
- O cuidado ao paciente;

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

A avaliação de risco para queda será realizada obrigatoriamente na admissão pela enfermeira do Pronto Atendimento, e será reavaliado diariamente.

O uso da pulseira de identificação do paciente, com fita adesiva de cor verde (para baixo risco); amarela (para risco moderado); vermelho (para alto risco) deverá ser definido tão logo o usuário interne e mantida até o momento que ele deixar a unidade de internamento, variando a cor conforme a reavaliação diária realizada pelos enfermeiros.

Rotina por profissional:

4.1- Enfermeiro do Pronto Atendimento:

- Fixar a folha de avaliação de risco de queda nos prontuários no momento do internamento;

- Avaliar o risco de queda, utilizando a folha de avaliação do risco de queda elaborado pelo Núcleo de Segurança do paciente, aplicando a Escala de Morse (Anexo 1);
- Identificar os riscos de queda;
- Estabelecer as medidas preventivas na prescrição de enfermagem;
- Registrar a avaliação e a conduta no prontuário do paciente, constando data, hora, assinatura e carimbo da enfermeira;
- Orientar o usuário e acompanhante, explicando a necessidade do uso do adesivo na pulseira de identificação; esclarecer as dúvidas que surgirem;
- Colocar o adesivo de cor adequada a classificação de risco de queda do paciente na pulseira;
- Diariamente, reavaliar os usuários para o risco de queda, descrevendo as observações que se fizerem necessário;
- Notificar qualquer incidente, seja ele com ou sem danos ao usuário na ficha de notificação de eventos adversos.

5. Rotina EM CASO DE QUEDA:

- Avaliar condições clínicas após a queda e colocá-lo em condições seguras (sentado ou deitado), comunicar equipe assistencial (equipe de enfermagem, enfermeiro) responsável pelo usuário;
- Equipe de enfermagem deve manter o usuário seguro e o enfermeiro realizar exame físico,
- Solicitar avaliação médica;
- Proceder conduta médica, se necessário;
- Reavaliar o paciente para risco de queda;
- Orientar usuário e acompanhante sobre o risco de queda;
- Notificar qualquer incidente, seja ele com ou sem danos ao usuário na ficha de notificação de eventos adversos.

6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda será feita através da aplicação da Ficha de Avaliação para Risco de Queda em Ambiente Hospitalar (Escala de Morse) (Anexo 1). Disponível no prontuário e posto de enfermagem desde o momento da admissão do usuário na Unidade de Internação até o momento de sua alta, sendo realizada diariamente, conforme a rotina da assistência de enfermagem.

FATORES QUE PREDISPÕEM A QUEDA

- 6.1- Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.**
- 6.2- Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.**

6.3- Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

- Acidente vascular encefálico prévio;
- Hipotensão postural;
- Tontura;
- Convulsão;
- Síncope;
- Dor intensa;
- Obesidade severa.
- Baixo índice de massa corpórea;
- Anemia;
- Insônia;
- Incontinência ou urgência miccional;
- Incontinência ou urgência para evacuação;
- Artrite;
- Osteoporose;
- Alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

6.4- Funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- Fraqueza muscular e articulares;
- Amputação de membros inferiores; e
- Deformidades nos membros inferiores.

7.1.5 Comprometimento sensorial:

- Visão;
- Audição; ou
- Tato.

6.5- Equilíbrio corporal: marcha alterada.

6.6- História prévia de queda.

6.7- Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- Anti-histamínicos;
- Antipsicóticos;
- Antidepressivos;
- Digoxina;

- Diuréticos;
- Laxativos;
- Relaxantes musculares;
- Vasodilatadores;
- Hipoglicemiantes orais;
- Insulina; e
- Politerapia medicamentosa (uso de 4 ou mais medicamentos).

7. Princípios de utilização da Escala de Morse

- A Escala de Morse está indicada para todos os usuários, com idade acima de 18 anos;
- A escala de Morse pressupõe autocuidado para prevenção de quedas, portanto não está indicada para usuários com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora (tetraplégicos, comatosos ou sedados). Nestes casos, a escala de Morse é dispensada, porém as intervenções direcionadas a prevenção da queda, especialmente aquelas relacionadas a mobilização do usuário, permanecem vigentes;
- Considera-se risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 24 pontos.

8.1-Critérios de avaliação:

7.1.1- Avaliação da história de queda:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Nenhum episódio de queda nos últimos três meses; ou, ainda, se queda for acidental, como por exemplo se a pessoa foi empurrada por outrem, ou caiu devido a colisão com veículo móvel. Nestas situações, entende-se que a queda não foi provocada por um fator fisiológico, portanto não se considera como antecedente.
SIM	25	História de queda resultante de condição física e/ou mental prejudicada, nos últimos três meses, compreendendo inclusive o período de internação.

7.1.2- Avaliação de diagnóstico secundário:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Ausência de diagnóstico secundário
SIM	15	Existência de mais do que um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda

7.1.3- Avaliação da deambulação:

	PONTOS	CONSIDERAR
SEM APOIO	0	Usuário que anda sem qualquer apoio, se andar sempre apoiado por outra pessoa ou se, em uso de cadeira de rodas, estiver adaptado à utilização e transferência autônoma ou, ainda se for transferido sempre com ajuda de outrem. Usuário restrito ao leito que cumpra o repouso
AUXILIAR DE MARCHA	15	Utiliza algum dispositivo de marcha como bengala, muleta, andador
APOIADO NA MOBÍLIA	30	Deambula se apoiando em móveis ao seu redor por medo de cair, por exemplo

7.1.4- Avaliação do dispositivo intravenoso:

	PONTOS	CONSIDERAR
NÃO	0	Usuário que não se encontra infundindo medicação endovenosa. Ainda, medicações em <i>bólus</i> não são considerados terapia endovenosa em perfusão
SIM	20	Usuário que se encontra conectado à terapia endovenosa, mesmo que intermitente

7.1.5- Avaliação do tipo de marcha:

	PONTOS	CONSIDERAR
NORMAL	0	Usuário caminha de cabeça erguida, braços balançando livremente ao longo do corpo, sem hesitar. Ainda, o usuário em uso de cadeira de rodas, estiver adaptado à utilização e transferência autônoma ou se for transferido sempre com ajuda de outrem
FRACA	10	Usuário anda curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, podendo se apoiar levemente em algum móvel para se sentir mais seguro
PREJUDICADA	20	Usuário tenta andar e a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Apoia-se fortemente nos móveis ao redor ou na pessoa que auxilia a deambulação, pois apresenta desequilíbrio e necessita de assistência para locomover-se. Se usuário faz uso de cadeira de rodas deve ser avaliado de acordo com a sua capacidade de transferir da cama para cadeira e vice-versa

7.1.6- Avaliação do estado mental:

	PONTOS	CONSIDERAR
CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	0	Quando a auto avaliação do usuário em relação a sua capacidade de deambular é consistente com as prescrições/percepções da enfermagem
NÃO CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	15	Quando a auto avaliação do usuário superestima a sua capacidade de deambulação, portanto esquece suas limitações

9. Intervenções na prevenção do risco de quedas:

9.1-Cuidados relacionados ao ambiente

- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar usuário e familiares a utilizarem a luz auxiliar da enfermaria durante a noite);
- Assegurar que os itens pessoais do usuário, assim como papagaios e comadres, estejam ao seu alcance;
- Dispor de escada de dois degraus próximo ao leito, se a cama não for eletrônica;
- Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
- Manter o trajeto no quarto/enfermaria livre;
- Manter grades das camas elevadas, quando houver;
- Manter camas baixas;
- Solicitar ao acompanhante, caso este necessite se ausentar, que informe a equipe de enfermagem o período em que o usuário permanecerá sozinho;
- Manter avisos para que não se permaneça atrás das portas quando as mesmas estiverem fechadas.

9.2-Cuidados relacionados à mobilidade

- Toda a saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da enfermagem quando impossibilitado de realiza-la sozinho em segurança;
- Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta, com prescrição médica de fisioterapia motora;
- Auxiliar o paciente nos cuidados de higiene pessoal quando necessário, troca de fraldas frequentes e programar horários regulares para levar o usuário ao banheiro;
- Atentar para os calçados utilizados pelos usuários;
- Utilizar barras de apoio nos banheiros e corrimão nas escadas;
- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do usuário;
- Avaliar o nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;

- Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito;
- Comunicar a equipe do risco de queda e as mudanças de classificações;
- As equipes de diagnósticos devem ficar atentas aos usuários com pulseira com adesivos de cor amarela e vermelha;
- Evitar a locomoção do usuário em trajetos tumultuados, quando possível;
- Utilizar muleta, andador e bengala, se for necessário, conforme orientação da fisioterapia;
- Orientar os acompanhantes que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital;
- Orientar o usuário/ou acompanhante sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc;

8.3- Cuidados relacionados à higiene e conforto

- Orientar os usuários a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
- Acomodar os usuários com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximos ao banheiro;
- Auxiliar ou dar banho de aspersão na cadeira de rodas no usuário com risco para queda, desde que não haja indicação de banho no leito;
- Instruir usuários homens com risco para queda, quando forem utilizar o vaso sanitário, a sentarem.

8.4- Cuidados relacionados ao repouso

Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas;

8.5- Cuidados relacionados a cirurgias/procedimentos/Sedação/Anestesia

- Informar o usuário e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico;
- Solicitar a família que fique um acompanhante com o paciente nas primeiras 24h pós cirurgia;
- Orientar o usuário e/ou acompanhante a levantar progressivamente elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama;
- Sair do leito acompanhado pela enfermagem ou pelo acompanhante;

- Se o usuário estiver no leito, permanecer com as 4 grades elevadas (pré cirúrgico e pós cirúrgico);
- O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
- Permanecer ao lado do usuário cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica;
- Permanecer ao lado da parturiente durante todo o período expulsivo;
- Monitorar a reposição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário;
- Dispor um número adequado de profissionais para transferir o usuário da mesa cirúrgica para a cama, conforme avaliação do enfermeiro;
- Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico.

OBSERVAÇÃO: Todas as medidas adotadas para prevenir queda devem ser registradas no prontuário do usuário e/ou ficha fixada ao prontuário do paciente.

8. REFERÊNCIAS:

- 8.1. ALMEIDA, R.A.R.; ABREU C.C.F, MENDES, A.M.O.C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Rev. Enf. Ref.; v.3, n. 2, p. 2163 - 72, 2010.
- 8.2. ABREU C; MENDES A; MONTEIRO J; SANTOS F.R. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Rev. Lat. Am Enfermagem [online]; v. 20, n.3. p. 597-603, 2012.
- 8.3. BARBOSA P; CARVALHO L; SANDRA C. Escala de quedas de Morse. Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. V.1, 2015. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf. Acesso em: 28/01/2016.
- 8.4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html> Acesso em 30 nov. 2017.
- 8.5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas [Internet]. Rio de Janeiro: ANVISA; 2013.
- 8.6. CORREA A.D.; MARQUES I.A.B, MARTINEZ, M.C.; LAURINO, P.S.; LEÃO E.R.; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

9. ANEXOS:

9.1. Ficha de Avaliação de risco de queda pediátrico

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA PEDIÁTRICA

Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Leito: _____										
Unidade de internamento: Pediatria										
ESCALA HUMPTY-DUMPTY adaptada	RESPOSTAS	PONTOS								
1- IDADE	Menos de 05 anos	3								
	Entre 05 e 06 anos	2								
	Entre 07 e 12 anos	1								
2-SEXO	Masculino	1								
	Feminino	2								
3- DIAGNÓSTICO	Neurológico	4								
	Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, Síncope/tonúras, Transtornos psíquicos)	3								
	Outros diagnósticos	2								
4- FATORES AMBIENTAIS	História de queda anterior	4								
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, Banco ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3								
	Criança acamada	2								
	Criança que deambula	1								
5- MEDICAÇÃO USADA	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: Sedativos, Hipnóticos, Barbitúricos, laxantes, Antidepressivos, diuréticos ou Narcóticos.	3								
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: Sedativos, Hipnóticos, Barbitúricos, laxantes, Antidepressivos, diuréticos ou Narcóticos	2								
	Usa outros medicamentos ou não usa	1								
6- DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS	Não consciente de suas limitações	3								
	Esquece suas limitações	2								
	Orientado de acordo com suas capacidades	1								
7- CIRURGIA/ SEDAÇÃO/ ANESTESIA	Há 24h	3								
	Há 48h	2								
	Há mais de 48 horas ou nenhum	1								
PARÂMETROS RISCO BAIXO: <7 RISCO MÉDIO: 7 a 11 RISCO ALTO: 12 a 22	PONTUAÇÃO TOTAL →									
	ASSINATURA ENFERMEIRO →									

FONTE: Adeptado de WOOD ML (2006)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA: RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

As quedas são eventos que podem ocorrer em pessoas que possuem limitações e precisam de ajuda para realizar algumas atividades. Durante o período de internação, devido ao uso de algumas medicações e fragilidade física do usuário, dentre outros fatores, as quedas podem acontecer mais frequentemente. Por esse motivo foi realizada a avaliação e será feita reavaliação diária para definir o RISCO DE QUEDA do Sr(a)

Dessa forma estão abaixo descritas as orientações a serem seguidas para reduzir o risco de queda:

- () Usar calçados antiderrapantes e utilização de luz durante a noite quando necessário se levantar.
- () Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.
- () Toda saída do leito deve ser acompanhada pela enfermagem ou acompanhante quando houver.
- () Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados.
- () Manter grades de cama elevadas durante todo o período.
- () Informar à enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante.
- () Não deixar a criança sozinha em lugares altos.
- () Cuidado ao segurar o bebê.
- () Crianças não podem correr pelas dependências do hospital, nem permanecer nas escadas.
- () Conheça os efeitos dos medicamentos que a criança está recebendo.

ATENÇÃO: Acompanhante não poderá sair para FUMAR em nenhum momento, ou se ausentar por algum outro motivo antes do período estabelecido para troca de acompanhante.

Enfermeiro/COREN: _____

Eu _____ declaro que recebi os esclarecimentos e estou ciente a respeito do risco de queda que pode ocorrer durante o período de internação. Sendo assim, informo que fui instruído a seguir as recomendações prescritas a fim de prevenir quedas e possíveis danos decorrentes desse incidente. E entendi o RISCO DE QUEDA avaliado, bem como as informações que me foram fornecidas.

Jaguariaíva, ____/____/____

Responsável

9.2. Ficha de Avaliação de risco de queda adulto



Núcleo de Segurança do Paciente - NSP

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA ADULTO

Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Leito: _____										
Unidade de internamento: _____										
ESCALA DE MORSE	RESPOSTAS	PONTOS	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/	__/__/
1- História de queda (até 03 meses da última queda)	Não	0								
	Sim	25								
2-Diagnóstico secundário (mais de um diagnóstico)	Não	0								
	Sim	15								
3-Deambulação	Nenhum/ Acamado	0								
	Muletas/ bengala	15								
	Apoia-se em mobiliário parede	30								
4-Dispositivo intravenoso	Não	0								
	Sim	20								
5-Marcha	Normal/ Sem deambulação (cadeira de rodas)	0								
	Fraca	10								
	Prejudicada/ cambaleante	15								
6-Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade	0								
	Superestima sua capacidade/ Esquece suas limitações	15								
PONTUAÇÃO TOTAL →										
Risco De Queda PARAMETROS: RISCO BAIXO: 0-24 RISCO MODERADO: 25-44 RISCO ALTO: ≥ 45			ASSINATURA ENFERMEIRO →							

FONTE: Adeptado de Urbenetto et al (2013)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CIÊNCIA: RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

As quedas são eventos que podem ocorrer em pessoas que possuem limitações e precisam de ajuda para realizar algumas atividades. Durante o período de internação, devido ao uso de algumas medicações e fragilidade física do usuário, dentre outros fatores, as quedas podem acontecer mais frequentemente. Por esse motivo foi realizada a avaliação e será feita reavaliação diária para definir o RISCO DE QUEDA do sr(a) _____.

Dessa forma estão abaixo descritas as orientações a serem seguidas para reduzir o risco de queda:

- () Usar calçados antiderrapantes e utilização de luz durante a noite quando necessário se levantar.
- () Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura.
- () Toda saída do leito deve ser acompanhada pela enfermagem ou acompanhante quando houver.
- () Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados.
- () Manter grades de cama elevadas durante todo o período.
- () Informar à enfermagem o período em que o usuário permanecerá sem acompanhante.

ATENÇÃO: Acompanhante não poderá sair para FUMAR em nenhum momento, ou se ausentar por algum outro motivo antes do período estabelecido para troca de acompanhante.

Enfermeiro/COREN: _____

<p>Eu _____ declaro que recebi os esclarecimentos e estou ciente a respeito do risco de queda que pode ocorrer durante o período de internação. Sendo assim, informo que fui instruído a seguir as recomendações prescritas a fim de prevenir quedas e possíveis danos decorrentes desse incidente. E entendi o RISCO DE QUEDA avaliado, bem como as informações que me foram fornecidas.</p> <p>Jaguariávia, ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____ Usuário ou responsável</p>

10. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

ASSINATURA – RESPONSÁVEL

Nome:

Cargo:

Nome:

Cargo:

	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	<p align="center">Hospital Municipal Carolina Lupion</p>
<p>TÍTULO DO DOCUMENTO: Identificação do paciente</p>		<p>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL</p>
<p>POP Nº:</p>	<p>EMIÇÃO EM: 20/11/2017</p>	<p>REVISÃO EM: 18/01/2022</p>
<p>ELABORADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva</p>	<p>VERIFICADO POR: Enfª. Elenice Salete Farsen</p>	<p>APROVADO POR: Enfª Mariana Carneiro</p>

1. FINALIDADE

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente em atendimento no Hospital Municipal Carolina Lupion, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

2. JUSTIFICATIVA

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar¹.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente. 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 2003¹.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa³.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a

necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta. Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência.

Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

2. ABRANGÊNCIA

O protocolo de identificação dos pacientes com o uso de pulseira de identificação deverá ser aplicado em todos os pacientes internados (neonatos, pediátricos e adultos) e em todas as unidades de prestação de cuidado onde o paciente esteja internado.

A identificação se dará por meio de pulseiras de identificação, placa de identificação à beira do leito ou etiqueta autoadesiva contendo no mínimo DOIS identificadores, a saber: nome completo do paciente e data de nascimento, podendo também conter o número de registro na instituição, a fim de que o cuidado seja prestado a pessoa correta.

3. INTERVENÇÃO

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

- **Identificar os pacientes:**

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada preferencialmente no membro superior direito do paciente para que seja conferido antes do cuidado, caso não seja possível a utilização do referido membro deverá ser seguida a seguinte sequência de escolha: membro superior esquerdo membro inferior direito e membro inferior esquerdo.

- **Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador:**

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da

pulseira, a importância da sua permanência no local designado e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado, exames, cirurgias, na entrega do recém-nascido e na alta hospitalar.

- **Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado:**

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado.

Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

4. IDENTIFICAR O PACIENTE

A identificação de todos os pacientes internados. Essa identificação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao cuidado na instituição. A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido.

5. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- **Notificação dos casos de identificação errada de pacientes**

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

- **Indicadores**

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

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

6. ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

- As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos; pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças. Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação. Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes. As extremidades do corte não devem ser afiadas.
- Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.
- O material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.
- Os fixadores não devem pressionar a pele.
- O material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alergênico.

7. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM USO DE PULSEIRA

➤ **Conceito**

É a identificação através de conferência de pulseira contendo os dados do paciente (identificadores), sendo eles, minimamente, o nome completo e a data de nascimento, podendo conter o registro e nome da mãe. Os documentos referentes aos pacientes também devem ter os identificadores acima.

➤ **Objetivo**

Manter a segurança no atendimento ao paciente, prevenindo erros relacionados à sua identificação e riscos inerentes a essa falha.

➤ **Material Necessário**

Computador

Impressora de pulseiras

Cartucho de pulseira

➤ **Descrição da rotina**

- Ao acessar o estabelecimento de saúde, o profissional responsável pela internação deverá gerar uma pulseira de identificação eletrônica.
- Ao abordar o paciente para qualquer procedimento, o profissional de saúde deverá questionar ao paciente ou acompanhante, pelo menos dois identificadores, e confirmá-los através dos dados contidos na pulseira de identificação.
- Caso haja necessidade de retirada da pulseira de identificação, o profissional responsável pela retirada deverá providenciar imediatamente a colocação de nova pulseira em local alternativo ou identificação alternativa (placa de identificação).
- Na impossibilidade de identificação através de pulseira por indisponibilidade ou falta de membros, outras estratégias, tais como placa de identificação, serão utilizadas.
- Cabe ao profissional da internação fornecer, conferir e instalar a pulseira no paciente quando este estiver presente, caso a internação seja feita por outra pessoa cabe ao enfermeiro da unidade a instalação e orientação da pulseira de identificação ou delegar à pessoa capacitada esta função.
- Cabe a toda equipe de saúde zelar pela manutenção das pulseiras de identificação nos pacientes e orientar o paciente ou familiar da importância de mantê-la.
- Ao receber, na unidade, o paciente com incapacidade de permanência de pulseira de identificação, o profissional da saúde deve providenciar uma placa de identificação e colocá-la aos pés ou na cabeceira da cama, de forma que a mesma fique em evidência em relação ao leito;
- Ao abordar o paciente para qualquer procedimento, o profissional de saúde deverá confirmar com paciente ou acompanhante, ou utilizar dados constantes no prontuário, pelo menos dois identificadores, e confirmá-los através dos dados contidos na placa de identificação;

8. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM USO DE PLACA NO LEITO

➤ **Conceito:**

É a ação de apresentar, visualmente, os identificadores, registro, data de nascimento, nos leitos dos pacientes a fim de reforçar a sua identificação e garantir que os pacientes que são impossibilitados de usar pulseira tenham uma identificação alternativa.

➤ **Objetivo:**

Manter a segurança no atendimento ao paciente, prevenindo erros relacionados à sua identificação e riscos inerentes a essa falha.

➤ **Material Necessário**

Computador

Impressora

Papel sulfite

➤ **Abrangência**

A identificação do leito deve ser aplicada a todos os pacientes internados.

➤ **Descrição da rotina**

- Ao acessar o estabelecimento de saúde, o profissional responsável pela internação deverá gerar uma placa de identificação de leito.
- Ao recepcionar o paciente no local de internamento, o profissional de saúde deverá colocar o impresso na placa de identificação do paciente fixada ao leito, de forma que a mesma fique em evidencia em relação ao leito.
- Ao abordar o paciente para qualquer procedimento, o profissional de saúde deverá questionar ao paciente ou acompanhante, pelo menos dois identificadores, e confirmá-los através dos dados contidos na placa e pulseira de identificação.
- Cabe a toda equipe de saúde zelar pela manutenção das placas de leito e pulseiras de identificação nos pacientes e orientar o paciente ou familiar da importância de mantê-la.

9. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

ASSINATURA – RESPONSÁVEL

Nome: _____ Cargo: _____

Nome: _____ Cargo: _____

	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	<p align="center">Hospital Municipal Carolina Lupion</p>
<p>TÍTULO DO DOCUMENTO: Hemovigilância – Agencia Transfusional</p>		<p>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL</p>
<p>POP Nº:</p>	<p>EMIÇÃO EM: 20/11/2017</p>	<p>REVISÃO EM: 02/02/2022</p>
<p>ELABORADO POR: Enfª. Lorena Pamela Rodrigues Cardoso</p>	<p>VERIFICADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva</p>	<p>APROVADO POR: Enfª Mariana da Luz Carneiro</p>

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Hemovigilância tem por objetivo aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais.

A transfusão sanguínea é um processo que, mesmo realizado dentro das normas preconizadas, bem indicadas e corretamente administradas, envolve risco sanitário. Por isso, há necessidade de se conhecer os incidentes a ela relacionados e a sua prevalência, a fim de que possam ser introduzidas medidas corretivas e preventivas que contribuam para aumentar a segurança transfusional, objetivo maior de um sistema de hemovigilância. A implantação das Normas Técnicas de Hemovigilância, além de atender ao disposto no Art. 5º da Lei Federal nº 10.205, de 21/03/2001, promoverá a operacionalização de um sistema ágil e eficaz capaz de coordenar, processar e analisar toda a informação notificada, permitindo a implantação de ações de correção e prevenção dos incidentes transfusionais de forma oportuna.

2. OBJETIVO

O objetivo desse documento é o de apresentar algumas orientações sobre as condutas mais importantes em relação à solicitação e ao recebimento de hemoderivados.

Identificação do paciente

Todo paciente que for admitido no Hospital Carolina Lupion (internação eletiva ou de internação de urgência) para efetuar qualquer procedimento com exceção de consulta médica deverão ser identificados através de registro que estará em pulseira colocado no antebraço direito do paciente, contendo nome, data de nascimento e número do prontuário.

Os leitos possuem identificação através de placas, contendo nome do paciente, e número do leito.

3. SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMODERIVADOS

A solicitação para o atendimento de transfusão deverá ser feita na prescrição médica e em formulário impresso padronizado em duas vias (Requisição de Transfusão). Devem ser atendidos todos os itens do regulamento técnico vigente para Procedimentos de Hemoterapia da ANVISA-Ministério da Saúde, que transcrevemos abaixo:

4. MANUAL DE TRANSFUÇÃO /PR

“I.1.1 – As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas em formulários específicos que contenham informações suficientes para uma correta identificação do receptor. Do formulário devem constar, pelo menos, os seguintes dados: nome e sobrenome do paciente, sexo, idade, peso, número do registro do paciente, número do leito, diagnóstico, antecedentes transfusionais, hemocomponente solicitado (com o respectivo volume ou quantidade), tipo da transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem indicação de hemocomponente, data, assinatura com carimbo e número do CRM do médico solicitante. Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia”.

“I.1.2 – Quanto ao tipo, a transfusão pode ser classificada em:

- a) Programada, para determinado dia e hora;
- b) Não Urgente, a se realizar dentro das 24 horas;
- c) Urgente, a se realizar dentro das 3 horas;
- d) De extrema urgência, quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente”.

“A.9 – A transfusão de sangue e componentes deve ser utilizada criteriosamente, tendo em conta que é um procedimento que não está isento de riscos. Sua indicação poderá ser objeto de análise pelo serviço de hemoterapia”.

“I.7.8- O médico do serviço de hemoterapia pode suspender uma transfusão, quando considerá-la desnecessária. Estes casos devem ser discutidos no Comitê Transfusional da Instituição”.

-A enfermagem deve checar se a requisição de transfusão foi preenchida corretamente, com os itens citados acima.

5. AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL

Uma coleta e adequada e identificação são essenciais para a qualidade e a segurança da hemostransfusão. As amostras de sangue para provas pré-transfusionais têm validade de 24 horas.

a) Coleta das amostras

A coleta das amostras deve ser realizada pela equipe de enfermagem para solicitação de hemoderivados para utilização ou reserva. A coleta deve ser registrada na anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

Deverá ser utilizado tubo com anticoagulante heparina (tampa de cor verde), que deve ser solicitado na agencia.

b) Identificação das amostras

O tubo deverá ser imediatamente identificado com a etiqueta do paciente constando nome, data de nascimento, data da coleta, número do prontuário e assinatura do responsável pela coleta.

c) Encaminhamento da amostra

Providenciar o encaminhamento da amostra a agencia com a requisição da transfusão

Havendo dados discrepantes, o pedido não será aceito e o portador da RT/amostra será informado do motivo do não recebimento.

6. ADMINISTRAÇÃO DA TRANSFUSÃO

O profissional responsável pela administração (enfermagem) do hemoderivado deve seguir uma rotina pré-estabelecida. Todos esses pontos deverão ser checados:

- a)** Verificação da prescrição médica: que tipo de hemoderivado, número de componentes;
- b)** Checagem da identificação: nome do paciente, prontuário, tipo sanguíneo, dados do PAI (pesquisa de anticorpo irregular);
- c)** Verificar acesso venoso e condições hemodinâmicas do paciente;
- d)** Registrar na anotação de enfermagem o tipo de hemocomponente a ser instalado, o número da bolsa, o volume da bolsa, o fluxo de gotejamento e a hora da administração;
- e)** Acompanhar os primeiros 15 minutos da transfusão e após cada 30 minutos e avisar ao médico se quaisquer anormalidades forem observadas;

- f) Na suspeita de qualquer reação transfusional a administração do hemocomponente deverá ser interrompida e o fato comunicado imediatamente ao médico plantonista.
- g) Transfusão em pacientes febris: a febre não é contra-indicação absoluta à transfusão de concentrado de hemácias. É importante tentar baixar a febre, através do uso de antitérmicos, porque a recidiva da febre pode ser sinal de hemólise ou de outro tipo de reação transfusional. Se, porém, houver urgência, a transfusão pode ser feita mesmo em presença de febre.

7. TRANSPORTE DO HEMODERIVADO

O responsável pelo transporte de hemocomponentes é a equipe de enfermagem e/ou funcionário designado para este fim.

Transportar o hemocomponente em recipiente próprio e exclusivo para o transporte de hemoderivados. Deve ser de material rígido, lavável, impermeável e com tampa.

8. CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTE

- As transfusões, segundo a RDC 153, de 14 de Junho de 2004 devem ser realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor dessas normas, e só podem ser realizadas sob a supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações e complicações.
- Checar e anotar os sinais vitais, antes de iniciar a transfusão, registrando-os na anotação de enfermagem e ficha de controlo de transfusão;
- Checar o aspecto físico do hemocomponente, bem como o seu rótulo. Nesta inspeção devem ser avaliados cor do sangue, integridade do sistema, presença de hemólise ou de coágulos e data da validade. Se houver anormalidades à inspeção ou se o rótulo não contiver as informações necessárias, o hemocomponente não deve ser administrado e devolvido para agencia;
- Conferir os dados contidos na etiqueta de identificação do receptor afixada ao
- hemocomponente , na prescrição médica, na identificação do leito e na etiqueta de identificação do paciente .

- Conferir novamente o número do hemocomponente que consta na etiqueta de identificação do hemocomponente com o número que consta na etiqueta do receptor, anotando este número na anotação de enfermagem ;
- Conferir o nome completo com o próprio paciente, se consciente e / ou com o nome que consta na pulseira de identificação, juntamente com o número de registro;
- Informar o paciente sobre a administração do hemocomponente e orientá-lo para comunicar qualquer reação diferente;
- Infundir o hemocomponente através de equipo com filtro de retenção de macroagregados, próprio para hemocomponentes
- Anotar o horário do início da transfusão na prescrição médica e rubricar
- Durante o transcurso do ato transfusional o paciente deve ser periodicamente observado para possibilitar a detecção precoce de eventuais reações adversas.
- Ao término da infusão, anotar o horário na prescrição médica, na anotação de enfermagem e arquivar a etiqueta de identificação do receptor no prontuário.

Observações

- Não adicionar nenhum medicamento à bolsa do hemocomponente e nem infundi-lo em paralelo, com exceção, eventualmente, do soro fisiológico a 0,9%.
- O aquecimento de hemocomponente possui indicações precisas e isto deve ser feito de forma controlada.

8.1. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS:

- CH só pode permanecer em temperatura ambiente por no máximo 30 minutos. Após este tempo, o CH deve ser devolvido imediatamente para a agencia.
- Deve ser infundido no máximo em 4 h e se este tempo for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida e a bolsa descartada.
- Deve ser transfundido com filtro e o mesmo trocado a cada transfusão.

8.2. PLASMA FRESCO CONCENTRADO

- Deve estar totalmente descongelado
- Infundido em até 4 h
- Deve ser transfundido com filtro e o mesmo trocado a cada bolsa

8.3. CRIOPRECIPITADO

- Deve estar totalmente descongelado
- Infundido rapidamente (equipo aberto)

- Deve ser transfundido com filtro e não necessita de troca

8.4. CONCENTRADO DE PLAQUETAS

- Deve ser transfundido imediatamente, pois necessitam de agitação constante.
- Infundido rapidamente (equipo aberto)
- Deve ser transfundido com filtro e não necessita de troca

9. RESERVA DE HEMOCOMPONENTES PARA CIRURGIA

- O conhecimento e análise do consumo de hemocomponentes pelo paciente submetido a intervenção cirúrgica é de fundamental importância para que a agência possa prover um serviço transfusional rápido, eficaz e seguro. Tal consumo é bastante variável para cada cirurgia em diferentes serviços médicos.
- As reservas cirúrgicas devem ser comunicadas a agências com um período de 24 horas de antecedência.
- Após coleta as amostras e as RTs devem ser encaminhadas para a agência.

10. REAÇÃO PÓS TRANFUSIONAL

A reação transfusional é, portanto, toda e qualquer intercorrência que ocorra como consequência da transfusão sanguínea, durante ou após a sua administração.

Tempo de aparecimento do quadro clínico ou laboratorial:

- **IMEDIATAS:** ocorrem durante o ato transfusional ou até 24 hs após o início da transfusão;
- **TARDIAS:** ocorrem após 24 hs do início da transfusão.

Quanto à gravidade da reação:

- **GRAU 1 ou LEVE:** ausência de risco à vida, sem comprometimento de órgão ou função;
- **GRAU 2 ou MODERADA:** leva à morbidade no longo prazo, ou quando há necessidade de hospitalização ou prolongamento; deficiência ou incapacidade persistente; ou quando há necessidade de intervenção médica;
- **GRAU 3 ou GRAVE:** ameaça à vida e intervenção médica obrigatória;
- **GRAU 4 ou ÓBITO:** óbito atribuído à transfusão.

Sinais e sintomas da reação transfusional:

- Febre;

- Dor torácica e/ou lombar;
- Dor no local da infusão;
- Sangramento anormal;
- Cefaléia;
- Náuseas/vômitos;
- Dispnéia/sibilos/tosse/cianose;
- Pápulas/ exantemas;
- Prurido
- Cólicas abdominais
- Diarreia
- Hipo ou hipertensão
- Rubor
- Calafrios

O que fazer em uma reação transfusional:

Em caso de qualquer sinal de reação transfusional a transfusão deve ser interrompida e o hemocomponente encaminhado à agência transfusional imediatamente, comunicar sempre a farmacêutica que preparou o hemocomponente.

Comunicar o médico imediatamente.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Hospital Municipal Carolina Lupion
TÍTULO DO DOCUMENTO: Cirurgia Segura		RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL
POP Nº:	EMIÇÃO EM: 26/05/2013	REVISÃO EM: 02/02/2022
ELABORADO POR: Enfª. Fábila Cristiane Correia Aranda	VERIFICADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva	APROVADO POR: Enfª Mariana da Luz Carneiro

1. INTRODUÇÃO

É o segundo Desafio Global que tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade almejados em serviços de saúde de qualquer lugar do mundo e contempla:

1. Prevenção de infecções de sitio cirúrgico;
2. Anestesia segura;
3. Equipes cirúrgicas seguras;
4. Indicadores da assistência cirúrgica.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) elaborou Manual de Implementação de Medidas para o projeto Segurança do Paciente: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com a certeza de que ele contribuirá para a plena percepção do risco, primeiro passo para a mudança, ou o reforço, no sentido de uma prática efetiva de medidas preventivas, que potencializam os avanços tecnológicos observados na assistência cirúrgica.

E para garantir a segurança do cuidado prestado ao paciente do Hospital Municipal Carolina Lupion durante seu procedimento cirúrgico esse protocolo será implantado como forma de melhoria evitando assim falhas no atendimento cirúrgico. Sendo então criada uma lista de verificação tipo “check list” para que seja realizada pelos profissionais.

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

2. OBJETIVO

Atender a meta internacional de assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Prevenir a ocorrência de erros decorrentes de procedimentos cirúrgicos dos pacientes em período peri-operatório, em todos os setores do Hospital Municipal Carolina Lupion, visando, desta forma, a redução das ocorrências de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica.

3. ABRANGÊNCIA

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais do Hospital Municipal Carolina Lupion em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

4. PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

A Lista de Verificação divide a cirurgia em **três fases**:

- I - Antes da indução anestésica;
- II - Antes da incisão cirúrgica; e
- III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

4.1. Antes da indução anestésica (check-in): O condutor da Lista de Verificação deverá:

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.
- Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.
- Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.
- Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.

- Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

4.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica ou Time-Out): Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.
- A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto. A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.
- A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.
- A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

4.3. Antes do paciente sair da sala de cirurgia (Check-out): A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.
- A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.
- A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.
- A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

5. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

A etapa antes da indução anestésica requer a presença do anestesiológico e da equipe de enfermagem. Segue o detalhamento de cada um dos procedimentos desta etapa:

a) Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá

assumir esta função. **Os Termos de Consentimento Informados** - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

b) Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica. O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta demográfica. O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como “x”, podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

c) Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiológico que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica.

d) Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

e) Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiológico tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe

cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anesthesiologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada.

h) Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração

O condutor deverá confirmar verbalmente com o anesthesiologista se este avaliou objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.

i) Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anesthesiologista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

6. ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (PAUSA CIRÚRGICA)

A Pausa Cirúrgica (Time-Out) é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

a) Identificar todos os membros da equipe

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

b) Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anesthesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.

c) Verificar a previsão de eventos críticos

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anesthesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios.

d) Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea

O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista.

e) Revisar eventuais complicações anestésicas

O anestesiológista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.

f) Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem.

g) Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiológista) deverá realizar a confirmação verbal.

h) Verificar exames de imagem

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

7. ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA DE CIRURGIA

a) Confirmar o nome do procedimento

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

b) Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

c) Confirmar a identificação da amostra

O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.

d) Documentar problemas com equipamentos

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe. e. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória. O cirurgião, o anestesiolegista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pósoperatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

8. ANEXOS:

8.1.CHECK-LIST PARA CIRURGIA SEGURA

1) NA UNIDADE DE INTERNAMENTO: (Preencher antes de encaminhar paciente ao CC)

Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nº Prontuário: _____

Unidade de internamento: _____

Procedimento: _____

Cirurgião: _____

Anesista: _____

✓ SSVV - Horário: ____h ____m Peso: ____kg

PA: ____x____ mmHg T: ____°C

FC: ____bpm FR: ____rpm SpO2 ____%

HGT: ____mg/dL (pacientes diabéticos)

Consentimento cirúrgico preenchido e assinado;

Jejum- Se sim, ____ horas Início: ____:____

Alergias - Se sim, quais: _____

(Atentar para as medicamentosas)

Retirada de próteses/adornos

Uso de SVD/SNG/ AVP ou outros dispositivos

Tricotomia/ preparo intestinal e outros

Exames/ Outras documentações auxiliares

2) ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA: (Realizar checagem na entrada do CC.)

✓ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Confirmação do nome completo pelo paciente

Sítio Cirúrgico (localidade, lateralidade, pelo paciente e equipe)

Procedimento (nome da cirurgia pelo paciente e equipe)

Antibioticoprofilaxia

Se sim, horário: ____h ____m

Antibiótico: _____

✓ ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS: (Indicadores de esterilização – calar aqui)

Legenda:

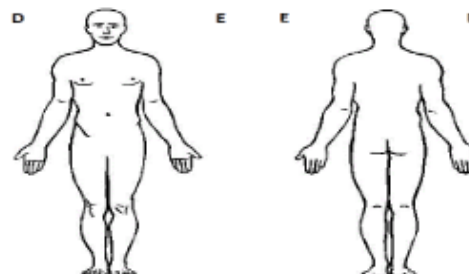
S Sim

N Não

Não verificado

3) ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA:

✓ CONFIRMAÇÃO CIRÚRGICA



✓ Início: ____h ____m

✓ Término: ____h ____m

✓ Tipo de anestesia: _____

✓ Classificação cirúrgica:

Eletiva

Emergência/Urgência

Limpa

Contaminada

Potencialmente

contaminada

Infectada

✓ MATERIAIS UTILIZADOS:

AGULHAS ABERTAS	AGULHAS DESPREZADAS
COMPRESSAS ABERTAS	COMPRESSAS DESPREZADAS
INSTRUMENTAIS ABERTOS	INSTRUMENTAIS UTILIZADOS

4) ANTES DE O PACIENTE DEIXAR O AMBIENTE

CIRÚRGICO:

Registro completo do procedimento realizado

Contagem de material utilizado (kit cirúrgico e compressas)

Necessidade de isolamento

Uso de drenos SVD/SNG/ ou outros dispositivos

Peças anatomopatológicas identificadas e encaminhadas

Recuperação completa do paciente

Equipe responsável: _____

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. Portaria N° 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília, 2013.

10. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão Nº:	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		
02		
03		
04		

ASSINATURA – RESPONSÁVEL

Nome: _____ Cargo: _____

Nome: _____ Cargo: _____

	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p>	<p align="center">Hospital Municipal Carolina Lupion</p>
<p>TÍTULO DO DOCUMENTO: Identificação e Mapeamento de Riscos Assistenciais</p>		<p>RESPONSÁVEL PELO PROCESSO: Todos os profissionais do HMCL</p>
<p>POP Nº:</p>	<p>EMIÇÃO EM: 06/05/2019</p>	<p>REVISÃO EM: 02/02/2022</p>
<p>ELABORADO POR: Enfª. Lidiane Maria da Silva</p>	<p>VERIFICADO POR: Enfª. Elenice Salete Farsen</p>	<p>APROVADO POR: Enfª Mariana da Luz Carneiro</p>

1. INTRODUÇÃO

O gerenciamento de risco no HRMS deverá seguir os princípios e diretrizes de Gestão de Risco conforme ABNT - ISO 31000:2009, devido sua aplicabilidade a qualquer tipo de risco, considerando os processos de trabalho, produtos, serviços, projetos, estrutura, operações e dever ser aplicada conforme os preceitos de Gestão de Qualidade conhecidos universalmente e descritos nos manuais de segurança do paciente da ANVISA e adotados por esta instituição hospitalar conforme a política aqui descrita. Com a pretensão de promover um gerenciamento de risco regionalizado, novos modos, métodos e/ou ferramentas de gerenciamento de riscos para áreas específicas em que exigem um tratamento diferenciado poderão ser criados e/ou modificados juntamente com a gerência de risco conforme demanda do serviço e devem seguir a política de gestão de risco desta instituição. Uma vez que o HMCL oferece atendimentos com variadas características que diferem entre os setores e serviços, como: cirurgias, pronto atendimento, central de material, central de equipamentos, internações, pediátricos, refeitórios, máquinas em constante operação, produção de alimentos e muitos outros. Os serviços poderão realizar o monitoramento mensal dos riscos resultantes dos atendimentos que realizam aos pacientes conforme autorização da Gerência de Risco e ciência do NSP, uma vez que há necessidade de uma cultura de segurança do paciente com margens confiáveis para que o próprio setor gerencie seus riscos e monitore seus indicadores! Para tanto a Gerência de Segurança Assistencial adotará métodos para medição da cultura de segurança junto aos profissionais de saúde que trabalham nas determinadas áreas.

Após o levantamento de informações quanto à cultura de segurança do paciente a gerência de risco informará o resultado ao NSP para que este conheça a situação real quanto ao serviço prestado e contribua com a decisão de autorizar ou não que o setor/

serviço inicie o monitoramento dos riscos de seus serviços. Os serviços deverão apresentar certificados e/ou declarações de capacitações em gerenciamento de riscos para iniciar as ações de monitoramento como forma de garantia de qualidade quanto aos dados monitorados. Além de apresentar conhecimentos quanto ao gerenciamento de risco os serviços deverão comunicar mensalmente os resultados do monitoramento e se adequar aos modelos quanto à Política de Gerenciamento de Risco desta unidade hospitalar, conforme orientações da gerência de risco desta instituição.

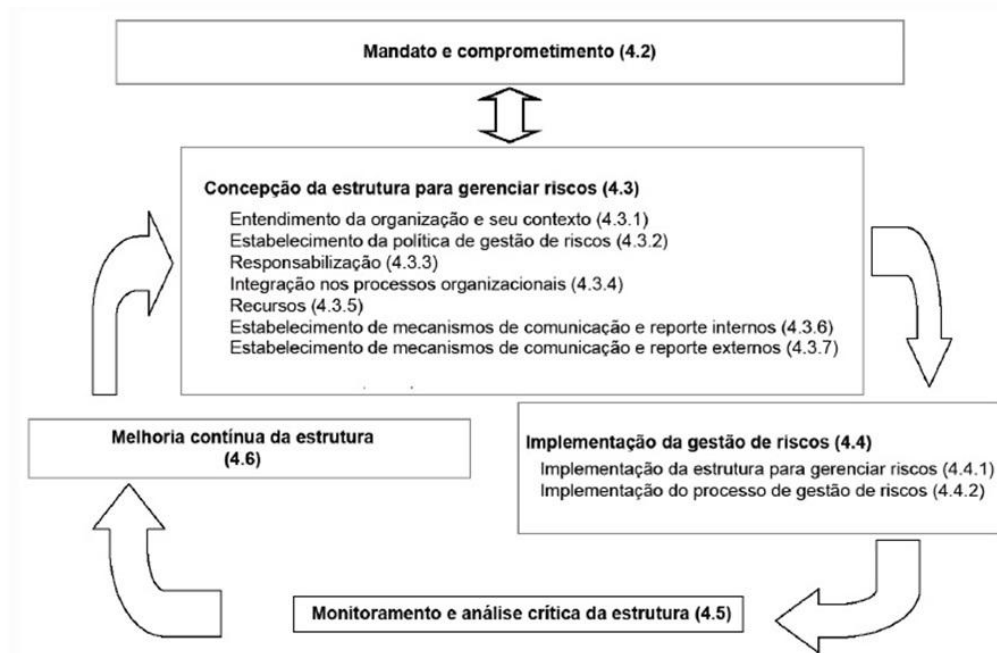
2. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

O Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente:

- 1.** Identificar os pacientes corretamente;
- 2.** Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
- 3.** Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância;
- 4.** Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- 5.** Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
- 6.** Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

Segundo ABNT 2009 o sucesso de gestão de risco irá depender da eficácia da estrutura de gestão, por meio de estrutura para incorporá-la em toda a organização em todos os níveis, pois com as informações sobre os riscos provenientes deste processo sendo adequadamente reportadas e utilizadas como base para tomada de decisões e a responsabilização em todos os níveis organizacionais aplicáveis este processo torna-se cada vez mais eficaz, podendo ser melhor vista na figura a seguir:

Relacionamento entre os componentes da estrutura para gerenciar riscos segundo a ISO 31000:2009

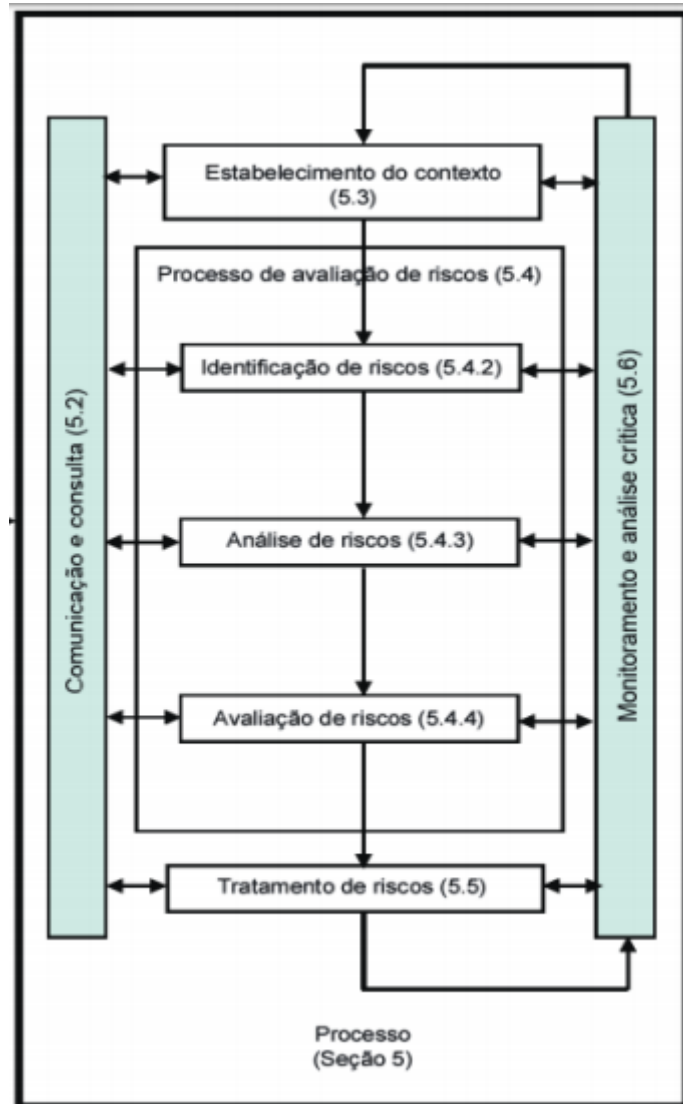


www.walkerbastos.com.br / walkerbastos.blogspot.com.br

Fonte: ABNT NBR ISO 31000:2009.

A seguir uma descrição sucinta etapas do Processo de Gerenciamento do Risco: Monitoramento, Análise Crítica, Ordens de Ação de Melhoria são realizadas em um sistema informatizado denominado Sistema Estratégico. Os funcionários do HMCL tem acesso para notificar eventos adversos. Os dados no sistema informatizado são alimentados por meio da coleta de dados referente aos processos assistenciais dos protocolos de segurança do paciente e preenchimento da ficha de eventos adversos. Os Planos de Melhorias também são elaborados por este sistema, sendo encaminhado às chefias, com o fim de que realizem ações que melhorem os seus serviços assistenciais, objetivando prevenção de novas ocorrências e redução dos riscos aos pacientes. A verificação quanto às melhorias são feitas através das auditorias posteriores, pois se estima que os riscos tenham sido reduzidos após a implementação do Plano de Ação adotado pelo serviço/setores.

Conforme a figura a baixo o Processo de Gerenciamento de Riscos envolve:



Estabelecimento do Contexto: Devem ser estabelecidas relações com CCIH, Hemovigilância, farmacovigilância, Tecnovigilância e demais serviços visando uma cooperação mútua das ações, além de aspectos internos organizacionais como a estruturação do processo de gestão de risco, definição de responsabilidades e funções das pessoas que participarão deste processo, aprimoramento de conhecimento científico e revisão de práticas.

Para **identificação dos Riscos** devem ser aplicadas técnicas e ferramentas para identificação dos riscos institucionais, incluindo informações adequadas sobre as causas e cenários que mostrem quais consequências podem ocorrer. Mapa de Riscos para cada setor de atendimento. Deverá ser elaborada por equipe de profissionais que atuam no setor juntamente com representante da Gerência de Risco.

O **mapeamento** deve ser realizado em conjunto com os gestores e equipe, através da construção do Mapa de Risco de cada setor/área para definição, classificação e

avaliação de cada. Deverá ser explicada a sua importância de preferência nas reuniões dos colegiados dos setores por meio de capacitações e/ou orientações.

Na **análise dos riscos**, deve-se desenvolver a compreensão dos riscos. A análise de riscos fornece uma entrada para a avaliação de riscos e para as decisões sobre a necessidade dos riscos serem tratados, e sobre as estratégias e métodos mais adequados de tratamento de riscos.

A análise de riscos também pode fornecer uma entrada para a tomada de decisões em que escolhas precisam ser feitas e as opções envolvem diferentes tipos e níveis de risco. Envolve também a apreciação das causas e as fontes de risco, suas consequências positivas e negativas, e a probabilidade de que essas consequências possam ocorrer. Convém que os fatores que afetam as consequências e a probabilidade sejam identificados. O risco é analisado determinando-se as consequências e sua probabilidade, e outros atributos do risco. Um evento pode ter várias consequências e pode afetar vários objetivos.

A análise dos riscos é realizada através da Ferramenta de Análise FMEA – Análise de Modo e Efeito da Falha, ferramenta desenvolvida pela indústria aeroespacial, usada como método de avaliação de risco de sistemas, processos ou serviços, considerando essencialmente frequência e gravidade dos riscos mapeados.

Outras ferramentas poderão ser utilizadas para o gerenciamento de riscos. Técnica de Análise de Riscos: Análise de Modo de Falha e Efeito (FMEA) para os processos dos serviços, objetivando identificar e prevenir problemas potenciais antes que cheguem aos usuários e possibilita elencar as ações corretivas.

3. Mapa de Probabilidade de Ocorrências.

		Severidade do dano				
		S1=QT	S2=EA ñ grave	S3=EA leve	S4=EA moderado	S5=EA elevado
Probabilidade de ocorrência	O5=Freqüente					
	O4=Provável					
	O3=Ocasional					
	O2=Pequena					
	O1=Improvável					

■ Aceitável ■ Investigar para reduzir (Mitigação do risco) ■ Inaceitável

A avaliação dos riscos, auxilia a tomada de decisões com base nos resultados da análise de riscos, sobre quais riscos necessitam de tratamento e a prioridade para a implementação do tratamento. O sistema estratégico foi configurado com dados de severidade do dano para cada item do check list. Quando este sistema é alimentado com as respostas SIM ou NÃO quanto ao cumprimento dos protocolos assistenciais, gera um Mapa de Risco FMEA com as probabilidades das ocorrências dos eventos, contribuindo com o tratamento do risco.

O **tratamento de riscos** envolve a seleção de uma ou mais opções para modificar os riscos e a implementação dessas opções. Uma vez implementado, o tratamento fornece novos controles ou modifica os existentes.

Os processos de **monitoramento e análise crítica** da organização devem abranger todos os aspectos do processo da gestão de riscos com a finalidade de medir o desempenho da gestão de risco realizada pelas linhas assistenciais, setores e/ou dos profissionais que realizam atendimento por meio dos indicadores de qualidade e segurança do pacientes; obter informações adicionais para melhorar o processo de avaliação dos riscos; analisar os eventos (incluindo os “quase incidentes”), mudanças, tendências, sucessos e fracassos e aprender com eles; detectar mudanças no contexto externo e interno, incluindo alterações nos critérios de risco e no próprio risco, as quais podem requerer revisão dos tratamentos dos riscos e suas prioridades; e identificar os riscos emergentes.

Comunicação dos riscos no serviço deverá ocorrer em todas as fases do processo (contínuo) para os setores, profissionais, linhas assistenciais, colegiados assistenciais, comitê transfusional e outros interessados produtores do cuidado e para usuários (população hospitalar) em caso de gravidade de informação de situação de risco que necessite de urgência. Comumente deverá ocorrer apresentação dos resultados das Auditorias de Risco em reunião promovida pela Gerência de Risco em parceria com as chefias dos serviços Assistenciais, objetivando informar os riscos encontrados, discutir as causas, suas consequências, e as medidas que deverão ser tomadas para tratá-los; desta forma todos terão oportunidade de participação das discussões para melhorias no serviço. O sistema informatizado estratégico possibilita que as chefias dos setores visualizem em tempo real a situação de risco dos seus setores para que conheçam os riscos mais emergentes e possam tomar providências para medidas imediatas de intervenção e prevenção de danos aos pacientes. Para tanto se deve reunir diferentes áreas de especialização em conjunto para análise dos riscos, para que diferentes pontos de vista sejam considerados quanto a definição de critérios de risco e na avaliação do risco; A figura abaixo mostra o Mapa de Risco do sistema estratégico em Gerenciamento de Risco como resultado das auditorias realizadas leito a leito verificando se cada paciente esta recebendo atendimento conforme processo de trabalho relacionado aos protocolos de flebite, queda, Lesão por Pressão.

Após a coleta dos dados por meio de uma ficha de verificação para identificar se os processos de trabalho estão adequados ou não as informações são lançadas no sistema estratégico e este por sua vez já quantifica conforme técnica FMEA. Este mapa é o resultado dos riscos encontrados. Existe um mapa geral do HRMS e vários outros mapas de risco para cada setor em separado, possibilitando que cada profissional (chefia) dos serviços e setores possam acompanhar em tempo real a situação de risco do seu setor. Desta forma a tomada de decisão para prevenção dos riscos pode ocorrer imediatamente pelos profissionais de saúde conforme a gravidade, severidade e frequência dos riscos.

Mesmo sendo realizada uma Apresentação dos Resultados das Auditorias de Risco e das Ocorrências dos Eventos Adversos, ainda será possível a visualização do relatório das auditorias e as ocorrências de Eventos Adversos pelas chefias dos setores, colegiados e equipes de profissionais em geral por meio do acesso ao sistema estratégico já implantado no hospital e em utilização. Boletins informativos também

poderão ser distribuídos para a população do hospital informando os riscos à assistência á saúde uma vez que o sistema estratégico já elabora gráficos mostrando os eventos mais ocorridos da instituição por período, setores de maior ocorrência que notificaram, por tipo de eventos, por ocorrências e por gravidade. No sistema estratégico as chefias dos setores realização seus planejamentos para a operacionalização de melhorias contínuas os serviços, chefias e profissionais em geral deverão buscar a utilização de ferramentas de qualidade estratégica, para integrar os diferentes processos de gestão de risco, como afirma ANVISA em um de seus documentos de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde:

...o conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promovem a cultura da segurança do paciente é de grande valia... (BRASIL, 2014).

4. **ANEXO 1: *Checklists* e Roteiro e Inspeção de Segurança** aplicado por funcionário da Gerência de Risco podendo ser acompanhada por funcionário do setor:

MONITORAMENTO E AUDITORIA DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Unidade: _____	Data: _____	Hora: _____
Quantidade de Funcionários no setor: _____	Enf: _____	Tec. e Aux. enf. _____
Farm. _____	Fono: _____	Medico: _____
Quantidade de prontuários com Fichas de Classificação de Risco preenchidas pelo enfermeiro: _____		

Com Risco Para:	Adequado	Não Adequado	Sem necessidade	Justificativa
LPP N ^o de Casos				
de LP no dia:				
Mudança de decúbito adequada				
Paciente com colchão caixa de ovo				
Paciente com pele hidratada				
Paciente com coxins em proeminências ósseas				
Uso de luvas na troca de curativos				
Pneumonia Hospitalar Expostos:				
Paciente com cabeceira elevada 45°				
Paciente recebendo dieta com cabeceira elevada 45°				
Realização de teste em sonda antes da dieta				
Higiene da cavidade oral pelo menos 3 vezes aos dia				
Flebite Expostos:				
Cobertura do AVP (conforme ANVISA)				
Acessos identificados e em bom aspecto (hora, data, ass.)				
Utilização de luvas para punção				
Utilização de luvas para manipulação do acesso				
Desinfecção do dispositivo antes de conectar o equipo ou seringa				
Equipo de soro datado				
Medicação com rótulo de soro datado				
Queda Expostos:				
Paciente com queda nesta unidade de internação				
Paciente com grades de cama elevadas				
Paciente desorientado, agitado, com contenção mecânica?				
Paciente e acompanhante orientado quanto ao risco de queda?				
Medicação segura				
Paciente ou acompanhante sabe o nome das medicações que usa?				

Jaguarivã, ____/____/____

 Responsável

1. CONTROLE DAS REVISÕES:

Revisão N ^o :	Data da Revisão:	Histórico das Alterações
01		

02		
03		
04		

ASSINATURA – RESPONSÁVEL

Nome: _____ Cargo: _____

Nome: _____ Cargo: _____