

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE





**PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA**

**CRICIÚMA
2025**



©2025 Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Distribuição e informações: Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma Rua Domenico Sonego, 542 CEP: 88804-050 – Criciúma – SC

Elaboração
Núcleo de Segurança do Paciente

Prefeito: Vagner Espíndola Rodrigues

Vice-prefeito: Salésio Lima

Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma

Secretário: Deivid de Freitas Floriano

Organizadores 1ª Edição

Francielle Lazzarin de Freitas Gava – Enfermeira/Gerente da APS

Aline Neves Bonetti – Farmacêutica - Bioquímica

Andressa S. Bittencourt – Auxiliar em Saúde Bucal

Graziela Eyng Nuernberg – Enfermeira/Coordenação Vigilância Sanitária

João Vítor Santana Cecchetto Mendes – Médico

Poliana Rodrigues Moraes – Cirurgiã Dentista

Willian dos Santos Francisco Marcolino – Técnico de Enfermagem

Colaboradores 1ª Edição

Jéssica Comicioli - Enfermeira Residente em Saúde Mental, Atenção e Reabilitação Psicossocial/UNESC

Diagramação 1ª Edição

Jéssica Comicioli

Revisão Final 1ª Edição

Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização – NEPSHU

SUMÁRIO

1. ÂMBITO DE APLICAÇÃO	5
2. APRESENTAÇÃO	5
3. JUSTIFICATIVA	6
4. OBJETIVO GERAL	8
5. TERMOS E DEFINIÇÕES	8
6. ESTRATÉGIAS PARA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS	10
6.1 Farmacovigilância	10
6.2 Tecnovigilância	11
6.3 Vigilância de processos assistenciais	11
7. CLASSIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	12
8. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS	13
8.1 Mecanismos de identificação e monitoramento dos riscos	15
8.1.1 Notificação Espontânea	15
9. MECANISMOS DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	16
9.1 Ações preventivas ou corretivas	17
10. COMUNICAÇÃO	17
11. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	17
12. AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	18
12.1 Identificação do Paciente	18
12.2 Comunicação Segura	18
12.3 Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de Medicamentos	18
12.4 Cirurgia Segura	19
12.5 Higienização das Mãos	19
12.6 Prevenção de Quedas	19
12.7 Prevenção de Lesão de Pele	19
13. QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	20
ANEXOS	21
ANEXO I - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - DECRETO MUNICIPAL Nº 1728/25	22
ANEXO II - REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA - UBS	25
ANEXO III PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	26
ANEXO IV PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO SEGURA	42
ANEXO V PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, NO USO E NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	50
ANEXO VI PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	74
ANEXO VII PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	84
ANEXO VIII PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA	104



ANEXO IX PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE

1. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este plano aplica-se aos serviços de assistência à saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma/SC. Os prestadores de serviço da SMS, por sua vez, poderão adotar seus próprios planos de Segurança do Paciente ou equivalentes, os quais estarão sujeitos à inspeção da Vigilância Sanitária.

2. APRESENTAÇÃO

Inicialmente é impreterível recordar o princípio fundamental da ética médica e bioética: “Primum non nocere”, associada ao juramento de Hipócrates (460 a 370 a.C) e que significa “primeiro não cause dano”. O princípio enfatiza a importância de evitar causar danos aos pacientes na assistência à saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde (OMS, 2021). Para tanto, é preciso padronizar normas, protocolos, linhas de cuidado, processos assistenciais de apoio, atendimento, administrativos e gerenciamento dos riscos nos serviços de saúde.

Entende-se que a estratégia de maior amplitude em relação ao fortalecimento da segurança do paciente ocorrida no Brasil, foi a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), publicado em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria MS/GM nº 529. O objetivo geral do PNSP é contribuir para a qualificação dos serviços de saúde por meio da prevenção e redução de eventos adversos durante o cuidado em saúde (BRASIL,2013).

Desta forma, considerando a RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. E, considerando a publicação da ANVISA de 2016, Caderno no 6 - Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, que disponibiliza informações para a constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), para o cumprimento do art. 5º, da RDC nº36/2013, e a instrumentalização

da equipe do NSP na operacionalização de ações e estratégias para a promoção da segurança do paciente previstas em norma, além de orientar a vigilância e o monitoramento de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos assistenciais (infecciosos e não infecciosos). O Núcleo de Segurança do Paciente, através de suas premissas, no âmbito dos serviços vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, irá adotar os seguintes princípios e diretrizes, para organizar e instrumentalizar os serviços por meio de:

- Melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde.
- Elaborar, implantar, atualizar e divulgar o Plano de Segurança do Paciente;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- Implantar protocolos de Segurança do Paciente;
- Analisar e avaliar dados sobre incidentes e eventos adversos.

3. JUSTIFICATIVA

O Plano de Segurança do Paciente constitui-se em “documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde” (BRASIL, 2013). É um instrumento estratégico e norteador dos macro e micro processos, que aponta e descreve as estratégias e ações definidas, para a



execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde. O método de planejamento deve ser sistematizado, flexível, participativo e capaz de se adequar às necessidades locais e de identificar problemas, suas causas e consequências (BRASIL, 2013).

A implantação do Plano de Segurança do Paciente deve reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco na promoção de ações voltadas à segurança do paciente. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas nos serviços de saúde, com foco na segurança do paciente.

O processo de gestão de risco consiste na aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos.

A partir deste diagnóstico e com o desenvolvimento dos processos de educação, de acordo com os padrões, é possível discutir, criteriosamente, os achados da avaliação e desenvolver um plano de ações, através da análise de causa raiz, capazes de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e seguimentos existentes.

Em abril de 2025, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no âmbito de seus serviços. Posteriormente, em agosto de 2025, a composição, atribuições e funcionamento do referido núcleo foram formalizados por meio do Decreto Municipal nº 1728/25, que também nomeou seus integrantes, conforme disposto no **Anexo I** do referido ato normativo.



Este documento foi elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente, estabelecendo estratégias e ações de gestão de risco, nos serviços de saúde vinculados a SMS, com periodicidade de revisão bianual.

4. OBJETIVO GERAL

O objetivo da implantação do Plano de Segurança do Paciente é instituir e regulamentar as ações de segurança do paciente nos serviços de saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma/SC.

5. TERMOS E DEFINIÇÕES

Para o correto entendimento dos termos utilizados no Plano de Segurança do Paciente, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico da Organização Mundial da Saúde de 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

Incidente ou evento adverso: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Evento Sentinela: ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.

Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Cultura de Segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Near miss: incidente que não atingiu o paciente, um quase-erro

Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.

Circunstância notificável: incidente com potencial dano ou lesão

Farmacovigilância: é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela Anvisa.

Tecnovigilância: é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in vitro"), com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Boas Práticas de Funcionamento do Serviço de Saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

Garantia da Qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

Núcleo de Segurança do Paciente: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas a segurança do paciente;

Never events: Eventos adversos graves que nunca deveriam ocorrer, pois causam danos significativos ou morte ao paciente.

6. ESTRATÉGIAS PARA VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Tal projeto adota medidas de valorização da qualidade da atenção em saúde e a gerência racional de insumos e equipamentos de saúde, com vistas a assegurar qualidade e segurança. Incluem-se nesse contexto a vigilância de medicamentos (farmacovigilância), de insumos e produtos hospitalares (tecnovigilância) e a vigilância de processos assistenciais.

6.1 Farmacovigilância

São as ações que compreendem e previnem qualquer problema possível relacionado com fármacos. Qualquer profissional de saúde que detecte evento adverso ou suspeita de desvio de qualidade relacionado ao medicamento procederá com notificação espontânea, um profissional do Núcleo de Segurança do Paciente juntamente com o responsável pela notificação realizará a avaliação da notificação, classificará o tipo de evento e iniciará a investigação.

Será realizada a análise de causalidade e severidade da suspeita de reação adversa ao medicamento. Ao final desta análise, verifica-se se o evento decorreu do próprio medicamento ou falha do processo. No caso de falha do processo, serão tomadas as medidas educativas junto às equipes assistenciais e a suspeita de reações adversas decorrentes do uso de medicamentos ou falha terapêutica serão notificadas no NOTIVISA e ao fabricante.

As ações de farmacovigilância contam com o apoio e validação da Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal, responsável pela padronização de todos os insumos medicamentosos utilizados na rede.

6.2 Tecnovigilância

Consiste em promover a vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a



recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

Qualquer profissional de saúde que detecte evento ou suspeita de desvio de qualidade relacionado aos equipamentos, materiais e artigos hospitalares procederá com a notificação espontânea. Um profissional do Núcleo de Segurança do Paciente juntamente com o responsável pela notificação realizará a avaliação da notificação, classificará o tipo de evento e iniciará a investigação.

No caso de dano grave ao paciente o evento será investigado e notificado imediatamente ao NOTIVISA, e ao fabricante/importador e o produto será posto em quarentena até a conclusão do caso. Em caso de falha de processo, serão realizadas análise do evento por meio visando oportunidades de melhorias.

6.3 Vigilância de processos assistenciais

A assistência à saúde, em qualquer nível de atenção, sempre envolverá riscos que podem ser evitáveis a depender da infraestrutura e dos processos executados nesses setores. Em cada unidade onde é realizada a assistência à saúde é necessário ter políticas que envolvam a segurança do paciente a fim de prevenir a ocorrência de eventos adversos.

Qualquer profissional de saúde que detecte falha do processo assistencial procederá com a notificação espontânea. Um profissional do Núcleo de Segurança do Paciente juntamente com o responsável pela notificação realizará a avaliação da notificação, classificará o tipo de evento e iniciará a investigação.

As falhas serão avaliadas e as medidas educacionais serão implantadas junto às equipes assistenciais. Ao final da investigação dos eventos leves moderados ou graves, um parecer será gerado e apresentado para a equipe. A equipe envolvida no processo será estimulada a construir um Plano de Ação para levantar barreiras e consequentemente impedir que o evento se repita.

7. CLASSIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a segurança do paciente, criou a World Alliance for Patient Safety. Os objetivos desse programa, (que passou a chamar-se Patient Safety Program) eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.

Quanto às ações para reduzir os riscos e mitigar os EAs, a OMS priorizou duas, que foram denominadas de desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico.

Esta configuração apresenta 4 classificações de eventos adversos, são elas:

1. Evento adverso leve: quando o paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem necessidade de intervenções;
2. Evento adverso moderado: quando o paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo;
3. Evento adverso grave: quando o paciente necessita de intervenções para salvar sua vida, grande intervenção cirúrgica ou teve danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita;
4. Evento adverso que culminou em óbito.

O evento adverso pode ser classificado de acordo com a de Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS, cujos itens para preenchimento são:

- Tipo de incidente;
- Consequências para o paciente;

- Características do paciente;
- Características do incidente/evento adverso;
- Fatores contribuintes;
- Consequências organizacionais;
- Detecção;
- Fatores atenuantes do dano;
- Ações de melhoria;
- Ações para reduzir o risco.

A partir dessas respostas, a gestão poderá definir os incidentes prioritários, determinando metas e políticas públicas de saúde, que devem ser revisadas periodicamente.

8. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

Em todas as etapas de atendimento ao paciente existem riscos inerentes aos processos. Devemos, portanto, conhecê-los, listá-los e gerenciá-los, ou seja, tomar as medidas de segurança necessárias para minimizá-los, aumentando a segurança dos pacientes. As categorias de risco a serem evitadas:

- Sanitários e Ambientais - relacionados à saúde ou à higiene e ao meio ambiente;
- Ocupacionais e Biossegurança - relacionados à atividade profissional;
- Responsabilidade Civil – relacionado à organização, normas legais e normas
- internas;
- Assistenciais - relacionado ao paciente;

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve:

- 1) Mapeamento e identificação;
- 2) Notificação e avaliação;
- 3) Ações para controle e comunicação dos riscos no serviço de saúde.

Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com serviços de atenção de acordo com os Fluxos de Processos,



Protocolos, Auditorias Internas, Procedimento Operacional Padrão, Plano de Ação entre outras ferramentas de qualidade na segurança assistencial do paciente.

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 publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013.

- 1) Identificar os pacientes corretamente;
- 2) Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
- 3) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- 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 quedas e lesões por pressão.

SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



SAÚDE
SEGURANÇA

SUS



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PRINCÍPIO DA
SAÚDE

BRASIL
TODOS COM SAÚDE

8.1 Mecanismos de identificação e monitoramento dos riscos

8.1.1 Notificação Espontânea

A rede vinculada a Secretaria de Saúde, utiliza o método em que o profissional notifica quaisquer suspeitas de desvio de qualidade de incidentes com dano e incidentes sem danos. A notificação deverá ser feita por qualquer profissional dos serviços de saúde a partir do Registro de Notificação Espontânea (Anexo II).

Esse registro é fundamental para o processo de melhoria contínua da qualidade, melhoria da assistência, para a segurança do paciente e para a segurança dos funcionários. Sinaliza também a necessidade de melhorias no processo da organização e requer investigação imediata de suas causas junto à equipe envolvida e gestão.

9. MECANISMOS DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados serão compilados para análise de causa raiz com objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos, conforme metodologia específica. Os métodos de identificação de risco, que serão utilizados conforme classificação dos Eventos: Os cinco “por quês”.

De acordo com a estratificação dos Eventos, poderá ser investigado tanto pela equipe local, quanto pelo Núcleo de Segurança do Paciente. A partir da identificação da causa raiz serão implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida.

Internamente, a comunicação dos eventos adversos será divulgada através de Relatório de Segurança anualmente à gestão e para as equipes. Externamente, a comunicação será realizada pela notificação do Evento à autoridade sanitária (NOTIVISA), conforme preconiza a legislação.

Fatores sistêmicos que resultam em dano ao paciente/doente



9.1 Ações preventivas ou corretivas

O setor envolvido na causa real ou potencial da notificação, junto com os setores envolvidos, serão responsáveis por tomar as ações corretivas ou preventivas necessárias para assegurar a mitigação ou eliminação de eventos



reincidentes, devendo ainda estipular um prazo, com auxílio, se necessário, do NSP para implementação da ação.

10. COMUNICAÇÃO

A troca de informações, a disseminação de boas ideias e resultados entre os diferentes setores são necessários para envolver as equipes e promover a cultura de segurança.

O paciente recebe cuidados de diversos profissionais e em diferentes locais tornando imprescindível a comunicação eficaz entre os envolvidos numa equipe multiprofissional e humanizada. A comunicação com a equipe da instituição deve ser definida neste ponto, por meio de estratégias de comunicação institucional.

11. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Serão implementadas atividades de educação continuada através do matriciamento nas reuniões de equipe e em diferentes momentos e de forma sistemática para os todos os públicos. Tem como foco apresentar o NSP e fomentar a cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de risco aos colaboradores dos serviços de saúde na atenção primária e especializada.

12. AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O objetivo principal dessas ações é evitar danos ao paciente e, dessa forma, reduzir as consequências negativas de um atendimento realizado de forma insegura. A seguir serão elencadas as propostas de práticas assistenciais a serem adotadas para uma assistência segura.

12.1 Identificação do Paciente

A identificação correta do paciente é muito importante para a garantia da segurança do processo assistencial. Essa ação é o ponto de partida para a correta execução das diversas etapas de segurança nos serviços. Em qualquer situação, mesmo naquelas em que o paciente não pode responder por si mesmo, isso garante o atendimento correto para a pessoa correta.

O Município adota como medida o **Protocolo de Identificação do Paciente** que consta em **anexo III**.

12.2 Comunicação Segura

A comunicação segura é essencial para evitar falhas e incidentes, pois organiza e padroniza a troca de informações entre profissionais, garantindo clareza, continuidade do cuidado e maior segurança ao paciente, além de fortalecer o trabalho em equipe e a cultura de segurança.

O Município adota como medida o **Protocolo de Comunicação Segura** que consta em **anexo IV**.

12.3 Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de Medicamentos

Todos os medicamentos são selecionados e padronizados e constituem a REMUME, são inspecionados com base em critérios de preservação e estabilidade, armazenados em locais apropriados e dispensados de forma segura.

O Município adota como medida o **Protocolo de Segurança na Prescrição, no uso e na Administração de Medicamentos** que consta em **anexo V**.

12.4 Cirurgia Segura

Todo procedimento cirúrgico deve ser realizado segundo as boas práticas de Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde.

O Município adota como medida o **Protocolo de Cirurgia Segura** que consta em **anexo VI**.

12.5 Higienização das Mãos

A redução das infecções relacionadas à assistência é prioridade para a

segurança do paciente, sendo fundamental adotar medidas que previnam a disseminação de microrganismos. A higienização correta das mãos é a ação mais eficaz, simples e de baixo custo para reduzir riscos e promover um cuidado seguro.

O Município adota como medida o **Protocolo de Higienização das Mãos** que consta em **anexo VII**.

12.6 Prevenção de Quedas

Como medida de segurança, as instituições de saúde devem identificar o risco de queda dos seus usuários e agir preventivamente, evitando esse tipo de incidente e eventuais lesões causadas por ele.

O Município adota como medida o **Protocolo de Prevenção de Quedas** que consta em **anexo VIII**.

12.7 Prevenção de Lesão de Pele

As lesões por pressão, também conhecidas como úlcera por pressão ou escaras, em pacientes idosos, acamados ou domiciliados, são um desafio para as equipes de atenção primária que os acompanham. Elas podem acarretar: desconforto físico para o paciente, aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, possível internação hospitalar, aumento do risco para o desenvolvimento de complicações adicionais, necessidade de cirurgia corretiva e efeitos na taxa de mortalidade.

O Município adota como medida o **Protocolo de Prevenção de Lesão de Pele** que consta em **anexo IX**.

13. QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

O incentivo das ações para a busca da segurança do paciente é quesito fundamental para estabelecimento das práticas seguras e redução de danos aos pacientes. Acredita-se que os resultados positivos, tanto em qualidade quanto em custo de operação, justificam o investimento inicial para operacionalização e incorporação de Políticas e Planos de Segurança do Paciente.

Um dano gerado ao paciente, além de poder ser evitado, onera significativamente o cuidado em saúde, para todas as partes envolvidas.



ANEXOS

ANEXO I - NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - DECRETO MUNICIPAL Nº 1728/25

DECRETO SG/Nº 1728/25, DE 8 DE AGOSTO DE 2025.

Dispõe sobre a criação, estrutura, composição, atribuições e funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma (NSP/SMS).

O **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA**, no uso de suas atribuições legais em conformidade art. 50, inciso IV, da Lei Orgânica Municipal, de 5 de julho de 1990,

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências,

Considerando a portaria MS/GM nº 529 de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP),

Considerando a portaria MS/GM nº 1.377 de 9 de julho de 2013 que aprova os protocolos básicos de Segurança do Paciente, que são aplicados em todos os serviços de saúde do Brasil; quais sejam: identificação do paciente, prevenção de quedas, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão e uso e segurança de medicamentos,

Considerando a portaria MS/GM nº 2.095 de 24 de setembro de 2013, que complementa a portaria MS/GM nº 1.377 com protocolos em prevenção de quedas, identificação do paciente e protocolo de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos,

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, que estabeleceu a obrigatoriedade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde, sendo os NSPs, instâncias que devem promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente,

Considerando o Decreto nº 664, de 30 de março de 2017, que disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos servidores públicos municipais na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames e procedimentos de saúde e estabelece outras providências,

Considerando o GDOC GAAL-415/2025,

DECRETA:

CAPÍTULO I **DA CRIAÇÃO E FINALIDADE**

Art.1º Fica criado no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Criciúma, o Núcleo de Segurança do Paciente, como instância consultiva, técnica, normativa e deliberativa, que visa promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança dos pacientes do âmbito dos serviços de saúde sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. O NSP/SMS atuará em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente instituído pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 e demais normativas aplicáveis.

CAPÍTULO II **DAS ATRIBUIÇÕES**

Art.2º São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma (NSP/SMS), conforme a RDC nº 36/2013:

- I - implantar os protocolos de segurança do paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente (PSP);
- IV - promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde;
- V - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados incluindo aqueles relacionados à utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- VI - acompanhar as ações vinculadas ao PSP;
- VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - compartilhar e divulgar à gestão e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) os Eventos Adversos (EA) decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO III **DA COMPOSIÇÃO**

Art.3º O NSP/SMS será composto por servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo 1 (um) titular para cada representação a seguir.

- I - 1 (um) representante da área de medicina: Médico(a);
- II - 2 (dois) representantes da área de odontologia: Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Odontologia;
- III - 2 (dois) representantes da área da enfermagem: Enfermeiro(a) e Técnico(a) de Enfermagem;
- IV - 1 (um) representante da área da farmácia vinculado a Assistência Farmacêutica: Farmacêutico (a);
- V - 1 (um) representante da área de urgência e emergência: Enfermagem

§1º O ingresso de novos integrantes e/ou de substituição de um ou mais membros será designado pelo(a) Secretário(a) de Saúde após consulta aos gerentes, considerando a constituição do NSP/SMS.

§2º A composição nominal ou representativa do NSP/SMS deverá ser alterada através de Decreto com publicação em Diário Oficial, a qualquer tempo, havendo necessidade de substituição.

Art.4º Será dispensado automaticamente o membro titular que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões ordinárias consecutivas ou a 5 (cinco) reuniões ordinárias alternadas, sem justificativa relevante.

Parágrafo único. Neste caso um novo membro será indicado, ambos mediante Decreto do Poder Executivo.

Art.5º Em caso de desligamento do NSP/SMS, o integrante deverá finalizar os pareceres assumidos junto à Comissão que já estiverem em elaboração ou que tenham sido apresentados, conforme o cronograma de trabalho, antes de sua desvinculação definitiva.

Parágrafo único. Tal exigência não se aplica aos integrantes que deixarem de executar atividades na Secretaria Municipal de Saúde por motivo de licença ou exoneração ou quando se configurar a existência de algum conflito de interesse que possa comprometer a idoneidade dos trabalhos, segundo julgamento do própria núcleo.

Art.6º Os membros titulares estarão liberados para participarem das reuniões ordinárias e extraordinárias, e para executarem os trabalhos deliberados pela Comissão e acompanhados pelo(a) Coordenador(a) Geral.

Parágrafo único. Para execução das tarefas deliberadas pelo NSP/SMS, como a elaboração de pareceres técnicos, o integrante terá direito a um turno de trabalho semanal, exceto nas semanas em que houver reunião ordinária, desde que haja a anuência do Coordenador do núcleo, que encaminhará documento ao gestor imediato para fins de justificativa da folha de frequência do servidor.

Art.7º O Regimento Interno, documento que normatiza o funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente, deverá ser elaborado pelo NSP/SMS com publicação de Decreto no Diário Oficial.

CAPÍTULO IV DO FUNCIONAMENTO

Art.8º O NSP/SMS deverá se reunir ordinariamente uma vez ao mês e, extraordinariamente, por solicitação do(a) Coordenador(a) Geral, ou ainda, por convocação de 2/3 de seus membros.

Parágrafo único. As reuniões serão registradas em atas circunstanciadas com a indicação dos presentes, assuntos discutidos, pareceres e recomendações deliberadas.

Art.9º O NSP/SMS terá um Coordenador(a)-Geral eleito diretamente. Na ausência de candidatos, caberá ao Secretário(a) Municipal de Saúde definir.

Parágrafo único. Compete ao(a) Coordenador(a)-Geral:

- I - zelar pelo funcionamento regular do NSP;
- II - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III - preparar as pautas das reuniões;
- IV - acompanhar os trabalhos e atividades desenvolvidas pelos membros.

Art.10. O NSP/SMS terá um Secretário(a) eleito pelos próprios membros da comissão. Na ausência de candidatos, caberá ao Coordenador(a)-Geral designá-lo.

Parágrafo único. Caberá ao Secretário(a) redigir as atas e auxiliar no preparo das temáticas/pautas das reuniões.

Art.11. Em situações em que os membros do NSP/SMS julgarem necessário, serão organizadas subcomissões e poderão ser consultados especialistas, inclusive profissionais externos à SMS, para a elaboração de trabalhos específicos.

Art.12. As recomendações, propostas e pareceres emitidos pelo NSP/SMS, serão submetidos ao(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, que fará os encaminhamentos necessários.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.13. Este Decreto entra em vigor na data de sua assinatura.

Criciúma, 8 de agosto de 2025.

VAGNER ESPINDOLA RODRIGUES - Prefeito do Município de Criciúma
JOÃO BATISTA BELLOLI - Secretário-Geral
JDPA

ANEXO II - REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA - UBS

Anexo II – Registro de notificação espontânea

Serviço de saúde: _____

Fato: _____

Nome do paciente: _____

Data de hora do ocorrido: _____

Responsável pela abertura e cargo: _____

(exemplos de eventos para assinalar)

- Queda
- Identificação incorreta do paciente
- Realização de procedimento incorreto
- Falha na administração de medicamentos
- Lesão por pressão Grau I, II e III
- Falha na assistência cirúrgica ambulatorial/odontológica
- Infecção relacionada a assistência
- Perda de dispositivos (sondas, cateteres, drenos)
- Evasão
- Queimaduras
- Falha na administração de dietas
- Outros: _____

Notificação

Relatar aqui as informações do ocorrido com o máximo de detalhes

Ação imediata

Sugestão de melhoria

Causas prováveis

Fatores contribuintes

Paciente: condição clínica comportamento negligente outros: _____

Tarefa: desenho da tarefa clareza outros _____

Individual do profissional: descuido não cumprimento das normas

Equipe: organização comunicação

Outros: _____

ANEXO III PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. INTRODUÇÃO

A identificação correta do paciente é uma etapa fundamental para a segurança do processo assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, abrangendo toda a rede de serviços, independentemente do nível de complexidade. Esta prática assegura que o cuidado seja prestado à pessoa certa, reduzindo o risco de erros, trocas de prontuário, falhas na administração de medicamentos, realização de procedimentos ou registros indevidos.

Mesmo em contextos onde o profissional tem vínculo contínuo com o paciente, a verificação sistemática da identidade deve ser mantida como rotina. Essa prática contribui para a promoção de uma cultura de segurança, garantindo que o cuidado seja realizado com ética, responsabilidade e foco na qualidade da assistência.

Este protocolo estabelece as diretrizes para a correta identificação do paciente em toda a rede de serviços de saúde, em alinhamento com a primeira meta internacional de segurança do paciente, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo garantir a identificação segura e padronizada de todos os pacientes atendidos na rede municipal de saúde, contribuindo para a redução de riscos, incidentes e eventos adversos durante o atendimento.

A correta identificação assegura que:

- O atendimento seja direcionado à pessoa certa;
- O cuidado prestado seja adequado às necessidades individuais;
- Procedimentos, medicações e exames sejam realizados de forma segura;
- Haja rastreabilidade e organização nos registros e materiais utilizados.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os prestadores de serviços geridos pela SMS de Criciúma. E deve ser adotado por:

- Todos os profissionais envolvidos na assistência, como médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, farmacêuticos, atendentes de farmácia, agentes comunitários de saúde, recepcionistas, gestores, psicólogos, profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outros, devem estar comprometidos com a adoção das medidas preventivas, de forma integrada e colaborativa.
- Todos os atendimentos realizados, incluindo: consultas, procedimentos, imunizações, exames, dispensação ou administração de medicamentos, atendimentos odontológicos, visitas domiciliares, entre outros;
- Todos os pacientes, em qualquer tipo de contato com os serviços: primeiro atendimento, retornos, consultas programadas ou em livre demanda.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA

4.1 Identificadores preconizados

A identificação deve ser feita utilizando, no mínimo, **dois identificadores**:

- Nome completo do paciente;
- Data de nascimento do paciente;
- Nome da mãe do paciente;
- Número do prontuário do paciente.

A confirmação deve ocorrer preferencialmente por **confirmação verbal ativa**. Evitar perguntas direcionadas como: “Você é o Sr. João da Silva?” Prefira: “Por favor, diga seu nome completo e data de nascimento.”



Além da identificação do paciente, é fundamental identificar corretamente:

- a) Documentos: prontuários, fichas de atendimento, prescrições, evoluções, solicitações de exames e relatórios que possam envolver este paciente;

Essa prática deve ser realizada em todas as etapas do cuidado, desde a recepção até a finalização do atendimento, promovendo a continuidade da assistência com segurança e qualidade.

4.2 Verificação da Identificação Antes do Atendimento

A identidade do paciente deve ser checada antes de qualquer ação assistencial, incluindo:

- Atualização de dados;
- Abertura de atendimento;
- Acolhimento e classificação de risco;
- Consulta médica, de enfermagem ou odontológica;
- Aplicação de vacinas, administração de medicamentos, curativos;
- Coleta de exames laboratoriais ou de imagem;
- Procedimentos clínicos ou odontológicos;
- Entrega de resultados, laudos, receitas, dietas ou documentos;
- Encaminhamentos regulados e visitas domiciliares.

A verificação da identificação deve ser constante ao longo de todo o processo de cuidado.

4.3 Orientação ao Paciente, Acompanhante, Familiar ou Cuidador

É fundamental envolver os usuários no processo de identificação segura. Isso inclui:

- Solicitar documento oficial com foto e Cartão Nacional de Saúde (CNS), sempre que possível;
- Explicar a importância da verificação ativa dos dados antes de cada atendimento;



- Reforçar que essa prática visa à segurança e à qualidade do cuidado.

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1/2017, Anexo I:

Art. 7º – Toda pessoa tem a responsabilidade de colaborar para que seu tratamento e recuperação ocorram de forma adequada e sem interrupções.

Parágrafo único – Os usuários devem:

- VIII – Portar documentos pessoais e, quando solicitado, apresentar resultados de exames em sua posse;
- IX – Respeitar as normas da unidade de saúde.

Importante:

Mesmo que o profissional de saúde reconheça o paciente, é imprescindível confirmar sua identidade com atenção, assegurando que a pessoa correta receba o cuidado adequado.

A verificação da identificação não deve ser realizada apenas no início do atendimento, mas deve ser mantida ao longo de todas as etapas do cuidado, durante todo o período em que o paciente estiver sob os cuidados da equipe.

4.4 Nome Social e Identidade de Gênero

Quando o paciente manifestar o desejo de ser tratado pelo **nome social**, deve-se:

1. Solicitar o preenchimento da declaração de nome social (preenchida pelo próprio paciente) como consta a seguir:



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DO NOME SOCIAL

Eu, _____ (nome _____ social)

_____,
portador do CPF N° _____, RG N°

_____,
residente _____ na _____ Rua/N°

_____,
Bairro _____, nos termos do decreto lei
n° 8.727/16, declaro que desejo a inclusão do meu nome social no prontuário
eletrônico junto ao município de Criciúma, SC, bem como ser reconhecido (a),
identificado (a), e denominado (a) pelo nome social e gênero adotados por mim, sem
que haja menção ao meu nome civil em público.

Para tanto, esclareço que minha identificação civil é:

Nome Civil:	
DN:	Sexo:
RG:	CPF:
Nome da Mãe:	

Assinatura do(a) Declarante:

Data: // _____

Testemunha:

CPF da Testemunha: _____

Data da Assinatura: // _____

2. Realizar o cadastro no sistema da seguinte forma:
 - Nome civil: conforme documento oficial;
 - Nome social: conforme declarado;
 - Sexo: conforme registro civil;
3. Digitalizar e anexar a declaração no prontuário (aba "Histórico Clínico > Anexos");
4. Garantir que o paciente seja tratado exclusivamente pelo nome social durante todo o atendimento, segundo a Resolução SDH/PR nº 12, de 16 de janeiro de 2015.

4.5 Identificação de Documentos e Materiais

Além do paciente, todos os elementos associados ao cuidado devem ser corretamente identificados.

a) Documentos:

- Prontuários físicos ou eletrônicos;
- Prescrições, evoluções, laudos e relatórios.
- Guias de exames, encaminhamentos, atestados e receitas.

b) Materiais e insumos:

- Frascos e tubos para coleta de exames quando utilizados;
- Amostras biológicas;
- Etiquetas de identificação;
- Medicamentos dispensados;
- Curativos, moldes, dietas, entre outros.

4.6 Identificação em Situações Especiais

Pacientes sem documentos, desacordados ou com dificuldades de comunicação:

- Registrar dados como: características físicas, local/situação de chegada, data/hora da admissão;

- Preencher de forma manual e lançar posteriormente no sistema;
- Realizar busca ativa para identificação.

Pacientes em situação de vulnerabilidade:

- Moradores de rua, residentes em ILPI, pessoas em trânsito ou estrangeiros;
- Devem ter cadastro realizado via CELK com os dados disponíveis;

Pacientes com deficiência auditiva:

- Se desacompanhados, solicitar que escrevam seu nome completo, nome da mãe e data de nascimento;
- Utilizar intérprete, se disponível, ou recursos de acessibilidade (gestos, escrita, leitura labial).

5. AVALIAÇÃO QUANTO AO RISCO DE IDENTIFICAÇÃO INADEQUADA

A avaliação do risco de falhas na identificação deve ser realizada de forma contínua em todos os pontos de contato do paciente com os serviços de saúde. Esse processo deve considerar situações de maior vulnerabilidade, como presença de homônimos, pacientes em situações de urgência ou emergência, indivíduos sem documentos pessoais, dificuldades de comunicação, bem como atendimentos em ambientes de grande fluxo.

5.1 Identificar o Paciente

A identificação dos pacientes deve ser realizada desde a admissão até a alta, em todos os atendimentos e procedimentos. Informações complementares devem ser solicitadas conforme a necessidade do serviço, sempre confirmando com o próprio paciente. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado nos seguintes momentos:

- Atualização de dados dos pacientes na recepção;
- Abertura de ficha de atendimento;
- Acolhimento;



- Classificação de risco;
- Administração de medicamentos;
- Coleta de material para exame;
- Realização de exames de imagem;
- Entrega de dieta, medicamentos, resultado de exames;
- Realização de procedimentos invasivos;
- Regulação ou cancelamento de vaga em estabelecimentos de saúde;
- Dentre outros.

5.2 Acolhimento, classificação de risco, consultas ambulatoriais e odontológicas:

Nº	Ação (o quê)		Atribuição (quem)	Informações complementares (como)
1	Recepcionar o paciente		Equipe Multiprofissional	O profissional de saúde deve chamar o paciente pelo nome completo que consta na ficha de atendimento ou tela do sistema vigente ou outros.
2	Realizar a identificação do Paciente	Fim	Equipe Multiprofissional	Quando o paciente se apresentar, peça a ele seu documento de identificação com foto ou ao seu familiar/acompanhante; Solicite ao paciente ou familiar/acompanhante que declare seu nome completo e data de nascimento; Exemplo: não pergunte ao paciente: "Você é a Maria Santos?" Ao contrário, pergunte a ela: "Confirme seu nome completo e data de nascimento". Iniciar o atendimento após a confirmação da identificação do paciente.

5.3 Enfermaria, sala de vacina, sala de medicação, sala de curativo/procedimentos, farmácia, sala de exames:

Nº	Ação (o quê)		Atribuição (quem)	Informações complementares (como)
----	-----------------	--	----------------------	---

1	Admitir o paciente		Equipe Multiprofissional	Na admissão do paciente o profissional de saúde deve cumprimentá-lo cordialmente e chamar o mesmo pelo nome completo que consta na ficha de atendimento ou tela do sistema vigente ou outros.
2	Realizar a identificação do Paciente	Fim	Equipe Multiprofissional	É obrigatório conferir os dados do paciente com a ficha de atendimento ou tela de atendimento e/ou pulseira (quando disponível) ou outros. Após verificação, peça ao paciente seu documento de identificação com foto ou ao seu familiar/acompanhante; Solicite ao paciente ou ao familiar/acompanhante que declare seu nome completo e data de nascimento; Exemplo: não pergunte ao paciente: “Você é a Maria Santos?” Ao contrário, pergunte a ela: “Confirme seu nome completo e data de nascimento”. Iniciar o atendimento após a identificação do paciente.

5.4 Segurança da Informação

Toda informação institucional está organizada de maneira segura, protegida por backups de seguranças. Os relatórios e boletins utilizados para tomada de decisão dos gestores partem de um sistema informatizado, utilizado por todos os profissionais da rede.

Esse sistema também é utilizado como prontuário eletrônico do paciente,



onde o acesso é restrito aos profissionais que prestam o atendimento e com senhas individuais. Caso o paciente tenha alguma mudança de cidade ou estado, o mesmo, pessoalmente, pode realizar o pedido de cópia de seu prontuário, em sua unidade de saúde, através de documento padrão a seguir:



À
PREFEITURA MUNICIPAL – SECRETARIA DE SAÚDE

Requerimento Geral – Público – SECRETARIA DE SAÚDE

Requerente: _____,

(Nome **COMPLETO** do(a) requerente (a) sem abreviação)

CPF/CNPJ _____, data de nascimento ____/____/____,

residente da Rua/Av. _____, nº _____,

Bairro _____, Cidade _____, Estado _____,

Telefones: _____ Vem

respeitosamente à Vossa Senhoria requerer:

Nestes termos, pede deferimento.

Criciúma - SC, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Requerente

Recebido por _____
Assinatura do(a) funcionário

Recebido em: ____/____/____

Assinatura do(a) Requerente

6. AÇÕES PREVENTIVAS PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A avaliação dos riscos relacionados à identificação do paciente deve ocorrer

de forma contínua, desde a recepção até a finalização do atendimento. Essa análise orienta a adoção de medidas preventivas para reduzir falhas e garantir a segurança do cuidado.

Os procedimentos operacionais padronizados devem ser aplicados em todos os ambientes de assistência, recepção, acolhimento, salas de vacina, medicação, curativo, consultórios, farmácia, entre outros, assegurando rastreabilidade, continuidade da assistência e confiança dos usuários no serviço.

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;
- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;

- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O protocolo de identificação do paciente deve ser amplamente divulgado em toda a rede de serviços de saúde, utilizando os recursos de comunicação disponíveis em cada unidade, como murais internos, grupos institucionais, reuniões de equipe, treinamentos e rodas de conversa. O objetivo é garantir que todos os profissionais compreendam a importância da identificação correta como medida essencial para a segurança do paciente.

As ações de capacitação devem ocorrer de forma contínua, em parceria com o setor de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde e com o apoio da coordenação local das Unidades de Saúde, priorizando os profissionais que atuam diretamente no cuidado, como equipes de saúde da família, odontologia, farmácia, recepção, agentes comunitários de saúde e equipes de apoio.

A recepção, em especial, deve receber treinamento específico, a fim de garantir que os profissionais estejam aptos a realizar a conferência verbal dos dados de identificação e orientar adequadamente os usuários, inclusive em casos de homônimos ou dificuldades cadastrais.

A educação permanente deve possibilitar o alinhamento de orientações práticas e fortalecer a padronização da identificação segura em todos os pontos de



contato com o paciente dentro da unidade, promovendo o cumprimento efetivo do protocolo.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução nº 12, de 16 de janeiro de 2015.** Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 48, 12 mar. 2015. Seção 1, p. 3.

BRASIL. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013.** Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.** Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.

BRASIL. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz, 2013.



ANEXO IV PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO SEGURA

1. INTRODUÇÃO

A comunicação segura é um dos pilares fundamentais para a qualidade e segurança da assistência em saúde. Diversas falhas nos processos assistenciais estão relacionadas à comunicação ineficaz entre profissionais, equipes e usuários, sendo responsável por uma parcela significativa dos eventos adversos evitáveis.

Reconhecendo sua importância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), recomendam a adoção de práticas estruturadas de comunicação, especialmente em situações críticas como transferências de cuidado, prescrições, entrega de exames e orientações ao paciente.

Nesse contexto, a comunicação clara, estruturada e eficaz entre profissionais, serviços e níveis de atenção é indispensável, contribuindo diretamente para a continuidade do cuidado, prevenção de erros e fortalecimento da cultura de segurança nas unidades de saúde.

2. OBJETIVOS

Garantir a segurança do paciente por meio da padronização de práticas de comunicação clara, objetiva e estruturada nos diversos pontos da assistência em saúde no município de Criciúma.

- Reduzir falhas de comunicação e riscos assistenciais;
- Promover o uso de ferramentas padronizadas de comunicação, como o SBAR;
- Garantir a efetividade da comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e entre serviços;
- Fortalecer a cultura de segurança do paciente;
- Ampliar a escuta qualificada e o acolhimento às demandas dos usuários.



3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os prestadores de serviços geridos pela SMS de Criciúma.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA

A comunicação segura deve ser prioritária em contextos que envolvam maior complexidade, risco ou possibilidade de falha, como:

- Encaminhamentos a outros níveis de atenção (especialidades, urgência e emergência, hospitais);
- Situações de risco ou instabilidade clínica do paciente durante a consulta ou atendimento domiciliar;
- Comunicação de resultados críticos de exames (ex.: exames laboratoriais, raio-x, ultrassonografia com achados relevantes);
- Prescrições;
- Atendimento a pacientes com necessidades especiais (barreiras linguísticas, cognitivas, educacionais ou culturais);
- Troca de informações entre turnos ou equipes.

5. AVALIAÇÃO QUANTO AO USO DE FERRAMENTAS E MEIOS DE COMUNICAÇÃO SEGURA

5.1 Método SBAR – Comunicação Estruturada entre Profissionais

A ferramenta SBAR é recomendada para garantir uma comunicação objetiva e segura entre profissionais de saúde. Deve ser utilizada especialmente em situações que envolvem risco clínico, encaminhamentos, solicitações de parecer ou qualquer momento que exija clareza na troca de informações. O método é composto por quatro componentes:

- **Situação (S):** informe qual é o problema atual do paciente. Descreva a queixa principal, alteração percebida ou motivo do contato.
- **Background (B):** forneça um breve histórico do paciente. Inclua informações clínicas relevantes como doenças preexistentes, medicações em uso, procedimentos realizados, alergias ou achados anteriores.
- **Avaliação (A):** compartilhe sua análise sobre o estado atual do paciente. Aponte sinais clínicos, dados de exame físico ou hipóteses diagnósticas que sustentem sua avaliação profissional.
- **Recomendação (R):** indique o que está sendo solicitado ou qual conduta deve ser tomada. Isso pode incluir sugestões terapêuticas, necessidade de avaliação por outro profissional ou medidas a serem acompanhadas.

A utilização sistemática do SBAR contribui para a redução de falhas na comunicação e para a segurança do cuidado em equipe. Ele pode ser aplicado tanto na comunicação oral quanto nos registros escritos no prontuário.

5.2 Aplicações práticas por todos os profissionais:

- Comunicação entre profissionais durante discussão de caso;
- Encaminhamentos e contrarreferências;
- Solicitação de parecer a outros níveis de atenção;
- Registros objetivos no prontuário;
- Comunicação interprofissional;

5.3 Meios de Comunicação Institucional Utilizados

Todos os meios utilizados devem preservar a ética, o sigilo profissional e o registro formal quando necessário. Os principais canais incluem:

- Registros em prontuário eletrônico;
- Aplicativos de mensagens institucionais;
- E-mails institucionais: para encaminhamentos, laudos, solicitações e contato com outros setores.
- Telefone: utilizados para situações urgentes, com posterior



documentação.

- Formulários físicos ou digitais: encaminhamentos, pedidos de exame, relatórios, planos de cuidado.

Importante: sempre que possível, toda comunicação verbal deve ser complementada por registro escrito.

6. AÇÕES PREVENTIVAS

6.1 Responsabilidades dos profissionais de saúde

Cada profissional nas unidades de saúde é responsável por garantir que a comunicação seja segura, eficaz e centrada no cuidado do paciente. Para isso, é necessário:

- Verificar se a mensagem foi compreendida pelo receptor.
- Utilizar linguagem clara, objetiva e respeitosa;
- Realizar registros completos, legíveis e tempestivos nos prontuários;
- Esclarecer dúvidas e solicitar confirmação quando necessário;
- Utilizar ferramentas como o SBAR em comunicações críticas ou formais;
- Respeitar os princípios éticos e legais, incluindo sigilo e consentimento.

6.2 Comunicação com o paciente e família

A comunicação com o usuário deve considerar aspectos de acessibilidade, vínculo e protagonismo no cuidado:

- Utilizar linguagem compreensível ao nível de entendimento do paciente;
- Explicar o diagnóstico, tratamento, uso de medicamentos, exames e orientações de retorno;
- Incentivar perguntas e escuta ativa, acolhendo dúvidas ou preocupações;
- Adaptar a abordagem conforme aspectos culturais, emocionais e

sociais;

- Registrar a orientação prestada e a resposta do paciente no prontuário.

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;
- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.



- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde irá ofertar, de forma contínua, capacitações voltadas à comunicação segura em toda a rede de serviços de saúde. Essas ações formativas devem abranger o uso da ferramenta SBAR e de outros protocolos estruturados de comunicação, promovendo também práticas de escuta qualificada, comunicação não violenta e manejo adequado das interações em contextos críticos, inclusive entre diferentes níveis de atenção. Além disso, é fundamental contemplar aspectos éticos e legais relacionados à comunicação, como o sigilo profissional, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e os códigos de ética das categorias profissionais, reforçando ainda a importância do registro adequado das informações em prontuário. As atividades podem incluir simulações de situações reais, supervisões em serviço e espaços coletivos de troca de experiências entre as equipes, fortalecendo a cultura de segurança e o trabalho multiprofissional.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 07 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 07 ago. 2025.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Segurança do paciente: protocolo de comunicação efetiva. Brasília: SES-DF, 2014. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a%2Bdo%2Bpaciente%2Bcomunica%C3%A7%C3%A3o%2Befetiva.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2025.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. PTC.DEPQI-NQSP.004 – Protocolo de Comunicação Efetiva. Campo Grande: HRMS, 2023. Disponível em: <https://www.hospitalregional.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/11/PTC.DEPQI-NQSP.004-Protocolo-de-Comunicacao-Efetiva.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2025.

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO AMAZONAS (FCECON). Protocolo de Comunicação Efetiva. Manaus: FCECON, 2024. Disponível em: <https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/09/PROTOCOLO-DE-COMUNICACAO.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2025.



ANEXO V PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, NO USO E NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. INTRODUÇÃO

Incidentes relacionados à segurança do paciente ainda são frequentes nos serviços de saúde, podendo ocorrer em diferentes etapas do cuidado. Estima-se que um em cada seis pacientes vivencie situações com potencial de causar dano, muitas vezes evitável. Esses incidentes podem ser classificados como: sem dano, com dano (evento adverso) ou quase erro (quando a falha é interceptada antes de gerar consequência) (CAPUCHO et al., 2013).

Muitos desses eventos resultam de falhas no cuidado e não da condição clínica em si, podendo levar à incapacidade, prolongamento da internação ou até óbito (MENDES et al., 2005). Entre os principais riscos está o uso de medicamentos. Reações adversas podem ocorrer mesmo com doses corretas, mas os erros de medicação — como falhas na prescrição, administração ou uso inadequado — são recorrentes e, na maioria das vezes, evitáveis (MOTA et al., 2019; MIASSO, 2002). Tais erros geralmente se associam à prática profissional, comunicação ineficaz, falta de capacitação e ausência de monitoramento (SILVA, 2009; BELELA et al., 2010).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde e a Anvisa publicaram, em 2013, o **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**, aplicável em todos os níveis de atenção à saúde com foco na prevenção de danos, uso racional de medicamentos e promoção de práticas seguras (BRASIL, 2013).

A identificação correta do paciente é uma etapa essencial para a segurança assistencial. Ela assegura que o cuidado seja prestado à pessoa certa, evitando trocas de prontuário, erros de medicação, realização indevida de procedimentos ou registros incorretos. Mesmo quando há vínculo contínuo com o paciente, a checagem sistemática da identidade deve ser rotina, contribuindo para uma cultura de segurança e responsabilidade.



Essa prática é também enfatizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Plano de Ação para a Segurança do Paciente 2021–2030, especialmente por meio da Estratégia 3.2 do desafio global **“Medicação sem Danos”**, que propõe intervenções como:

- Prevenção de erros na prescrição e dispensação;
- Fortalecimento da comunicação entre profissionais;
- Acesso completo aos registros do paciente;
- Revisão e reconciliação sistemática da medicação;
- Educação e engajamento do paciente.

A maioria dos erros de medicação pode ser prevenida com diagnóstico preciso, identificação segura, padronização institucional, capacitação contínua das equipes e monitoramento dos processos. Estima-se que práticas inseguras contribuam para mais de 3 milhões de mortes por ano, que 50% dos medicamentos não são utilizados de forma adequada (IQVIA, 2021), e que os eventos adversos medicamentosos representam cerca de metade dos danos evitáveis na assistência (OECD, 2020). Além disso, até US\$ 42 bilhões em custos poderiam ser evitados com a prevenção desses erros (WHO, 2021).

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como finalidade orientar a padronização das etapas de prescrição, dispensação e administração de medicamentos nos serviços de saúde do município de Criciúma. Busca-se promover o uso seguro e racional de medicamentos, minimizar riscos de eventos adversos e garantir um cuidado de qualidade baseado em evidências científicas.

A adoção de práticas seguras, como a correta identificação do paciente, o uso de fontes confiáveis, a integração multiprofissional e o monitoramento contínuo dos processos, são estratégias fundamentais para a segurança do paciente no contexto dos serviços de saúde.

Nos serviços de saúde, essas etapas devem ocorrer de forma padronizada, segura e baseada em evidências científicas, assegurando a qualidade do cuidado prestado em todos os níveis de complexidade.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os prestadores de serviços geridos pela SMS de Criciúma.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA

Este protocolo é fundamental para a promoção de um cuidado seguro e de excelência. O ato de medicar exige conhecimento técnico e científico de todos os profissionais envolvidos, especialmente dentro de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros (Nunes, 2006).

Nos serviços de saúde, as etapas de prescrição, dispensação e administração devem ocorrer de forma padronizada, segura e baseada em evidências. A prescrição consiste no ato de definir o medicamento, a dose e a duração do tratamento, geralmente formalizado por meio de receita, que deve conter:

- Identificação do paciente, com data e hora;
- Relação dos medicamentos prescritos;
- Assinatura e identificação do profissional prescritor.

Para que a prescrição seja segura, é essencial que o profissional:

- Conheça a história clínica do paciente;
- Avalie medicamentos em uso, evitando interações, duplicidades ou doses inadequadas;
- Utilize fontes confiáveis e atualizadas;
- Conte com suporte do profissional farmacêutico, quando necessário.

A segurança medicamentosa também depende da padronização de processos, da incorporação de tecnologias da informação, da educação permanente das equipes e do monitoramento contínuo das práticas assistenciais.

4.1 Os 9 certos na administração de medicamentos

4.1.1 Paciente certo

- Conferir o nome completo antes da administração e utilizar no mínimo dois identificadores: pulseira, leito e prontuário.
- Evitar, sempre que possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados no mesmo quarto ou sala de procedimentos/medicação.

4.1.2 Medicamento certo

- Verificar se o medicamento em mãos corresponde ao prescrito.
- Confirmar se o paciente não apresenta alergia ao medicamento.
- Identificar pacientes alérgicos com pulseira e sinalização no prontuário.

4.1.3 Via certa

- Verificar a via prescrita.
- Higienizar as mãos antes do preparo e administração.
- Conferir diluente, tipo, volume, velocidade de infusão e compatibilidade com a via.
- Avaliar compatibilidade com seringas, sondas, cateteres, etc.
- Confirmar o local correto de administração (ex.: sonda ou via parenteral).
- Realizar antisepsia adequada.
- Esclarecer dúvidas com prescritor, farmacêutico ou enfermagem.

4.1.4 Hora certa

- Administrar o medicamento no horário correto.
- Antecipações ou atrasos só com consentimento do enfermeiro e do prescritor.

4.1.5 Dose certa

- Conferir atentamente a dose prescrita (atenção a zeros, vírgulas e pontos).
- Verificar a unidade de medida, gotejamento e programação de bombas.
- Realizar dupla checagem em medicamentos de alta vigilância (ex.: insulina, KCl).
- Medicamentos “se necessário” devem ter dose, posologia e condições definidas.
- Não administrar medicamentos com prescrições vagas como “a critério médico”.

4.1.6 Registro certo (documentação certa)

- Registrar nome da medicação, lote, horário da administração, via e local de administração.
- Anotar ocorrências como adiamentos, recusa do paciente, desabastecimento, eventos adversos, etc.

4.1.7 Razão / orientação certa

- Esclarecer dúvidas com o prescritor quanto à razão da indicação.
- Orientar o paciente sobre o nome do medicamento, efeito esperado, frequência e sinais de alerta.
- Garantir ao paciente o conhecimento sobre o aspecto do medicamento e seus objetivos.

4.1.8 Forma certa

- Verificar se a forma farmacêutica corresponde à via e à condição clínica do paciente.
- Esclarecer dúvidas com a farmácia ou equipe sobre preparo, diluição ou trituração (quando necessário, como em administração por sonda).

4.1.9 Resposta certa

- Observar e registrar os efeitos do medicamento, desejados ou não.

- Considerar relatos do paciente e/ou cuidador sobre reações.
- Monitorar parâmetros clínicos (ex.: sinais vitais, glicemia capilar).
- Notificar eventos adversos conforme a RDC nº 36/2013 da Anvisa via Notivisa.

4.2 Definições

Os erros, quando causam danos, são chamados de eventos adversos, mesmo podendo ser evitáveis, todavia, quando detectados, podem classificar-se em:

- **Erro de medicação:** é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar dano ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos (BRASIL, 2013; ANVISA, 2017).
- **Erro de prescrição:** erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica. O erro decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária. Um erro de prescrição pode estar relacionado à seleção do medicamento (considerando-se as indicações, as contraindicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos (REIS et al., 2016; BRASIL, 2013).

- **Erro de dispensação:** Desvio em qualquer etapa do processo de dispensação de medicamentos nos serviços de saúde, incluindo interpretação da prescrição, separação, conferência, rotulagem, registro e entrega/orientação ao usuário ou responsável. **Erro de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição, da não observância das recomendações ou guias do serviço ou das instruções técnicas do fabricante do produto; Entre os tipos específicos de erros relacionados à administração de medicamentos, destaca-se o **erro com medicamentos deteriorados**, caracterizado pela administração de medicamentos vencidos ou com a integridade física ou química comprometida. O **erro de omissão** ocorre quando há a não administração da dose prescrita ao paciente. Já o **erro de horário** refere-se à administração do medicamento em horário diferente do prescrito ou predefinido, considerando variações superiores ou inferiores a uma hora. O **erro de administração não autorizada de medicamento** consiste na administração de algum fármaco que não foi prescrito pelo profissional responsável. O **erro de dose** diz respeito à administração de medicamentos em quantidade maior ou menor do que a determinada na prescrição. O **erro de apresentação** ocorre quando se administra uma apresentação farmacêutica diferente daquela prescrita. O **erro de preparo** envolve a formulação ou manipulação inadequada do medicamento antes de sua administração, bem como o uso de técnicas ou procedimentos incorretos. Por fim, o **erro de monitoração** corresponde à falha em revisar o esquema prescrito, como não utilizar dados clínicos ou laboratoriais relevantes para avaliar a resposta do paciente ao tratamento medicamentoso (ANVISA, 2017; BRASIL, 2013).
- **Medicamentos de Alta Vigilância:** refere-se a medicamentos que apresentam um risco significativamente maior de causar danos graves ao paciente caso ocorram erros em qualquer etapa do seu uso, mesmo quando administrados em doses terapêuticas e de forma correta (Tomohiro, 2022; Peng & Wu, 2017; Cohen et al., 2001; Federico, 2007). Esses medicamentos não são necessariamente os que mais

causam erros, mas sim aqueles cujos erros têm maior probabilidade de resultar em consequências graves, como hospitalização, incapacidade permanente ou morte (Tomohiro, 2022; Peng & Wu, 2017; Cohen et al., 2001). Ex: antimicrobianos, insulinas, anticoagulantes, opióides, sedativos;

4.3 Estratégias de segurança

Mesmo os profissionais de saúde mais experientes estão sujeitos a falhas, pois prescrever, dispensar e administrar medicamentos é um processo complexo que envolve diferentes profissionais e o próprio paciente, configurando o que a OMS (2019) denomina “parcerias de prescrição”. Algumas atividades permeiam todas as etapas do processo, exigindo a participação de diversos atores, enquanto outras são específicas de cada fase. Sempre que possível, é importante discutir com o paciente os benefícios esperados e os riscos potenciais, garantindo que a dose e a duração do medicamento sejam corretamente prescritas, dispensadas e administradas (OMS, 2019).

Problemas de comunicação, tanto entre profissionais quanto entre estes e seus pacientes, estão entre os principais fatores que favorecem erros de prescrição, dispensação e administração (OMS, 2019). Nesse contexto, iniciativas educacionais de caráter multiprofissional e interprofissional são essenciais para fortalecer a segurança do paciente. A manutenção de uma comunicação contínua e colaborativa entre os membros da equipe de saúde é indispensável para uma abordagem centrada na pessoa e para a obtenção de melhores resultados clínicos e em saúde (Boscart et al., 2017; Zanowiak et al., 2021).

4.3.1 Na Prescrição

- Identificação completa do paciente (nome, data de nascimento, cartão SUS, endereço).
- Prescritor identificado com nome completo, número de registro profissional e assinatura;
- Evitar abreviaturas e uso de siglas;

- Uso da Denominação Comum Brasileira (DCB) para todos os medicamentos e letra legível (prescrição preferencialmente eletrônica);
- Especificar doses, posologia, via de administração e duração do tratamento com clareza;
- Garantir que a prescrição seja individualizada, considerando idade, comorbidades, polifarmácia e fatores socioeconômicos do paciente, priorizando opções terapêuticas da REMUME, conforme regulamenta o Decreto SG nº 664/2017, de 30 de março de 2017 (BRASIL, 2017). Evidências científicas reforçam essa prática como estratégia de segurança e efetividade no uso de medicamentos (Akbarov et al., 2015; Dreischulte & Guthrie, 2012).
- Proibido o uso de expressões vagas como “usar como de costume” ou “a critério médico”, devendo sempre indicar a dose, a frequência, a condição clínica para uso e a duração do tratamento;
- Registrar, sempre que possível, alergias conhecidas e o histórico medicamentoso do paciente, como estratégia para prevenir reações adversas e interações medicamentosas;
- Em casos de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, recomenda-se a adoção da dupla checagem como medida adicional de segurança antes da dispensação e da administração.

4.3.2 Na Dispensação

- Realizar conferência da prescrição pelo profissional responsável pela dispensação, observando legibilidade, posologia, interações e compatibilidades;
- Em caso de dúvidas, buscar esclarecimento com o farmacêutico e/ou prescritor responsável;
- Priorizar a rastreabilidade dos medicamentos, garantindo que o lote do medicamento dispensado seja conferido e compatível com o registrado no sistema;
- Sempre que possível, realizar a dispensação da quantidade exata para o período prescrito. Quando não for viável, dispensar a quantidade mais próxima possível, assegurando a integralidade do tratamento;

- Registrar a dispensação no prontuário do paciente ou sistema de informação vigente;
- Realizar dupla checagem para medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- Orientar o paciente e/ou familiar sobre: Adesão correta ao tratamento; Riscos da automedicação; Reconhecimento e manejo de possíveis efeitos adversos (Ayre et al., 2023; Ryan et al., 2024);
- Implementar estratégias educativas que favoreçam o uso seguro dos medicamentos, incluindo orientações sobre armazenamento adequado e descarte correto de sobras ou embalagens (Ryan et al., 2024).

4.3.3 Na Administração

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para que seja segura, o profissional deve seguir integralmente os 9 certos da administração de medicamentos (item 5 deste protocolo), assegurando a conferência prévia de todos os parâmetros antes do ato.

Além disso, observar:

- Confirmar a identidade do paciente com, no mínimo, dois identificadores (ex.: nome completo e data de nascimento), conforme protocolo institucional;
- Nunca administrar medicamentos sem identificação ou com rótulo ilegível;
- Registrar a administração imediatamente após o ato, incluindo o nome do profissional, data, horário, lote e validade do medicamento;
- Em caso de recusa do paciente, registrar no prontuário, comunicar ao prescritor e/ou equipe responsável, e adotar as providências necessárias;
- Monitorar continuamente os efeitos terapêuticos e adversos, notificando eventos conforme preconizado.

4.4 Medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância



Medicamentos potencialmente perigosos (MPP) ou de alta vigilância são aqueles que apresentam maior risco de causar danos graves ao paciente em caso de erro, mesmo quando utilizados em doses terapêuticas. Por isso, requerem medidas adicionais de segurança em todas as etapas do processo medicamentoso.

No âmbito dos serviços de Saúde do município de Criciúma, recomenda-se:

- Manter lista atualizada dos MPP utilizada na rede municipal, conforme diretrizes da Anvisa, segue a lista:

Quadro 1. Lista de Medicamentos potencialmente perigosos por Classes Terapêuticas comumente utilizadas nos serviços de saúde:

Agonistas adrenérgicos endovenosos (ex.: EPINEFrina, NOREPinefrina)
Analgésicos opióides endovenosos e de uso oral (ex.: tramadol 50mg, tramadol 50mg/ml amp 1ml; fentanila 0,05 mg/ml amp 2ml, fentanila 0,05 mg/ml amp 10ml)
Antagonistas adrenérgicos endovenosos (ex.: metoprolol)
Antiparkinsonianos (ex.: Levodopa + Benserazida 100/25mg BD; Levodopa + Benserazida 100/25mg HBS; Levodopa + Benserazida 100/25mg dispersível; Levodopa + Benserazida 200/50 mg)
Anticoagulantes (ex.: varfarina 5mg, heparina 5000UI amp 0,25ml)
Bloqueadores neuromusculares (ex.: suxametônio)
Cloreto de sódio hipertônico injetável com concentração maior que 0,9% (ex.: cloreto de sódio 20% amp)
Glicose hipertônica com concentração maior ou igual a 20% (ex.: glicose 25% amp, glicose 50% amp)
Insulina subcutânea e endovenosa (em todas formas de apresentação e vias de administração, ex.: insulina NPH, insulina regular)
Medicamentos pediátricos líquidos que requerem medição
Sedativos endovenosos de ação moderada (ex.: midazolam 5mg/ml)
Sulfonilureias de uso oral (ex.: glibenclamida, gliclazida)

Referência: ISMP, 2022

Quadro 2. Lista Especifica de Medicamentos potencialmente perigosos comumente utilizados nos serviços de saúde:

Ácido Valpróico 250mg, 500mg e 50mg/ml
CarBAMazepina 200mg
Cloreto de potássio concentrado (19,1%) injetável
Digoxina 0,25mg
EPINEFrina (intramuscular e subcutânea)
Fenitoína 100mg
Nitro PRUSSATO de sódio injetável
Prometazina 25mg/ml (injetável)
Sulfato de magnésio 10% 100mg/ml (injetável)

Referência: ISMP, 2022

- Garantir que esses medicamentos estejam sinalizados, identificados e separados nos locais de armazenamento;
- Adotar dupla checagem obrigatória na dispensação e administração;
- Registrar com atenção as informações referentes ao lote, validade e responsável pelo preparo e administração;

4.5 Notificação de incidentes relacionados a medicamentos

A notificação de eventos adversos e quase-erros é uma prática fundamental para a prevenção de novos incidentes e para o fortalecimento da cultura de segurança. O município de Criciúma adota os seguintes canais e orientações:

- Eventos adversos graves (ex.: reação anafilática, erro com dano ao paciente) devem ser registrados no prontuário, comunicados à vigilância sanitária municipal e notificados no sistema VIGIMED, conforme regulamentação da Anvisa;
- Além disso, devem ser notificadas ao NOTIVISA as queixas técnicas relacionadas a suspeitas de alterações de produtos e irregularidades da empresa. Exemplos: alteração na consistência do produto, rótulo descolando, presença de corpo estranho, defeito na tampa, entre outros.
- Importante: a notificação não precisa necessariamente estar associada a um evento grave. Qualquer irregularidade ou suspeita deve ser registrada para garantir rastreabilidade, investigação e prevenção de novos incidentes.
- Quase-erros ou falhas sem dano também devem ser relatados ao Núcleo de Segurança do Paciente da unidade, permitindo análise e melhoria contínua;
- A notificação deve conter dados completos, preservando a identidade do paciente, mas detalhando o tipo de erro, as medidas adotadas e os desfechos;
- Nenhum profissional será penalizado pela notificação, que deve ser compreendida como uma ação educativa e preventiva;
- Os dados coletados serão utilizados para orientar ações de educação permanente e revisão de rotinas, sempre com foco na melhoria da qualidade e na segurança do cuidado.

4.5.1 Fluxo de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas

Para garantir a rastreabilidade, análise e prevenção de incidentes relacionados a medicamentos e produtos para a saúde, todo profissional da rede municipal deverá seguir o fluxo padronizado para notificação:

	<input type="checkbox"/> cápsula <input type="checkbox"/> suspensão oral <input type="checkbox"/> ampola
9 - Princípio ativo	
10 - Data de fabricação	
11 - Data de validade	
12 - Lote	
13 - Produto importado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14 - A utilização do produto seguiu as instruções do fabricante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
15 - Houve comunicação à indústria/distribuidor	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
16 - Foram adotadas outras providências após a identificação do problema?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
17 - Existem amostras íntegras para coleta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
18 - Existem rótulos íntegros para a coleta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
Observações	<hr/> <hr/>
Responsável pela notificação	Nome _____ Contato _____

FORMULÁRIO VIGIMED

Usuário do medicamento

Iniciais do nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino () Desconhecido ()

Peso (Kg): _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade no momento da reação: _____

País onde ocorreu a reação: _____

Insira o nome e outros detalhes para cada medicamento ou vacina que tomou antes da reação acontecer. Por favor, descreva também produtos e substâncias que fez uso.

Nome do medicamento ou vacina, conforme a embalagem: _____

Provável causador da reação

Desmarque a opção 'Provável causador da reação' quando o medicamento ou a vacina for utilizado durante a ocorrência da reação, mas não é suspeito(a) de tê-la causado.

Fabricante: _____

Número do lote: _____

Dose: _____

Quantos você tomou? Por exemplo: "2 comprimidos de 50 mg, 3 vezes ao dia": _____

Como o medicamento ou vacina foi administrado:

- () Injeção intramuscular (no músculo)
- () Injeção intravenosa (na veia)
- () Oral
- () Desconhecida
- () Dérmica (na pele)
- () Inalatória (pelas vias respiratórias)
- () Injeção subcutânea (por baixo da pele)
- () Nasal
- () Ocular (nos olhos)
- () Oral
- () Retal
- () Vaginal
- () Outra: _____

Data de início: _____

Data de fim: _____

Deixe em branco se o medicamento ainda está em uso.

Duração: _____

Qual foi o motivo do uso do medicamento ou vacina? Informe o motivo de uso deste medicamento como, por exemplo, diabetes ou dor de cabeça: _____

Ação adotada sobre o uso do medicamento:

- Parou de utilizar o medicamento
- Dose reduzida
- Dose aumentada
- Dose inalterada
- Desconhecido
- Não aplicável

Informação adicional

Insira uma breve descrição da sua história médica. Isso é importante uma vez que algumas reações só aparecem em combinação com doenças prévias ou atuais, dietas especiais, drogas, tabagismo, consumo de álcool ou alergias. Insira também outros comentários que considerar importante.

Doença prévia e

atual: _____

Comentários adicionais: _____

Dados para contato:

Estado: _____

Profissão: _____

Nome: _____

Sobrenome: _____

Serviço de saúde: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

2. Envio da notificação:

- Encaminhar o formulário preenchido por e-mail para a Gerência de Assistência Farmacêutica (assistenciafarmaceutica@criciuma.sc.gov.br).
- A Assistência Farmacêutica receberá o documento, realizará a digitação no sistema oficial (VigiMed ou Notivisa, conforme o tipo de ocorrência) e fará o protocolo da notificação.

3. Encaminhamento interno:

- Após o registro no sistema, a Assistência Farmacêutica encaminhará ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) apenas os **formulários de notificação**, para análise, acompanhamento e implementação de medidas corretivas e preventivas.
- As **atas de orientação elaboradas na unidade permanecem arquivadas localmente**, não devendo ser enviadas ao NSP, mas ficando disponíveis para fins de rastreabilidade e auditoria, quando necessário.

4. Definição do sistema de registro:

- VigiMed: utilizar para notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas (reações adversas, inefetividade, erros de medicação, uso off-label, intoxicações, uso abusivo).
- Notivisa: utilizar para notificação de queixas técnicas relacionadas a medicamentos e produtos (suspeita de falsificação, desvio de qualidade, produto sem registro, embalagens danificadas ou com corpo estranho).

Importante:

Sempre anexar, quando possível, amostra do produto e rótulo íntegro. Notificações graves ou que envolvam risco imediato ao paciente devem ser comunicadas imediatamente à chefia da unidade e ao NSP, além do registro formal no sistema.



As medidas preventivas e corretivas adotadas após a notificação devem ser registradas em ata de orientação, arquivada na unidade e enviada ao NSP.

5. AVALIAÇÃO QUANTO AO RISCO NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A avaliação dos riscos deve ser incorporada às rotinas assistenciais de todos os espaços de saúde, onde a diversidade de atendimentos aumenta a probabilidade de falhas. Essa avaliação deve ser contínua, envolvendo análise de prontuários, checagem de dados de identificação, histórico clínico e condições específicas de cada paciente. Situações como homônimos, uso de medicamentos potencialmente perigosos, alergias conhecidas, polifarmácia ou ausência de documentos devem ser consideradas fatores de alerta.

A identificação prévia desses riscos possibilita à equipe adotar medidas direcionadas, reduzindo a probabilidade de incidentes e qualificando o cuidado prestado.

6. AÇÕES PREVENTIVAS

Com base nos riscos identificados, devem ser implementadas práticas preventivas que fortaleçam a segurança medicamentosa. Essas práticas incluem:

- Utilização de protocolos padronizados em todas as etapas do processo medicamentoso;
- Conferência ativa dos dados do paciente e do medicamento antes da administração;
- Adoção de dupla checagem em situações críticas, como medicamentos de alta vigilância;
registros completos, claros e tempestivos em prontuário;
- Envolvimento do paciente e familiares por meio de orientações acessíveis sobre o uso correto do medicamento.

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;
- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que

resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O município deverá promover ações permanentes de capacitação para todos os profissionais envolvidos nas etapas de prescrição, dispensação e administração de medicamentos no âmbito dos serviços de saúde. Essas ações devem ser coordenadas pelo setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde, com apoio das coordenações locais das unidades de saúde, priorizando os profissionais que atuam diretamente no cuidado, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e equipes de apoio.

As capacitações devem contemplar, entre outros temas:

- Atualização contínua sobre os medicamentos padronizados pelo município (REMUME), incluindo indicações, posologia, vias de administração, efeitos adversos e interações medicamentosas;
- Uso seguro de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, com ênfase em estratégias de prevenção de erros e em práticas seguras de prescrição, preparo, administração e monitoramento;
- Fortalecimento da cultura de segurança do paciente, destacando a importância da comunicação efetiva, da notificação de incidentes e da padronização de condutas;
- Integração multiprofissional no cuidado medicamentoso, estimulando o trabalho colaborativo entre as equipes de saúde, com o farmacêutico como apoio técnico e clínico na tomada de decisões seguras.

As ações formativas poderão ser realizadas por meio de treinamentos presenciais, rodas de conversa, oficinas temáticas, encontros de equipe, grupos de estudo e outros formatos adequados à realidade de cada unidade. O objetivo é garantir o alinhamento de práticas seguras, o fortalecimento das rotinas



institucionais e a consolidação de um cuidado centrado no paciente, com qualidade e segurança em todos os pontos de atenção da rede.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 16 – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/segurancadopaciente>. Acesso em: 12 ago. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Lista de medicamentos de alta vigilância. Brasília, DF: ANVISA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/medicamentos-de-alta-vigilancia>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jul. 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 set. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: ANVISA, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

CAPUCHO, H. C. et al. Classificação dos erros de medicação: escolha de terminologia e definição. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. esp, p. 106–113, 2013.

MENDES, W. et al. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 55–65, 2005.

MIASSO, A. I. et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137–143, 2002.

MOTA, D. M. et al. O erro de medicação como evento adverso: análise dos fatores contribuintes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 124–130, 2019.

NUNES, E. F. P. A. et al. A comunicação como instrumento de trabalho na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 2, p. 233–237, 2006.

REIS, A. M. M. et al. Erros de prescrição e dispensação de medicamentos em hospitais brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1076–1083, 2016.



Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B7X5wcr5t3z7TRttSpPms3r/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

SILVA, A. E. B. C. et al. Eventos adversos e segurança do paciente em hospitais brasileiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, p. 1124–1130, 2009.

ANEXO VI PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

1. INTRODUÇÃO

As cirurgias ambulatoriais, tanto médicas quanto odontológicas, são procedimentos de baixa ou média complexidade realizados sem necessidade de internação prolongada. Apesar de sua menor invasividade, esses procedimentos não estão isentos de riscos e exigem cuidados rigorosos com a segurança do paciente, a biossegurança e a qualidade da assistência.

A Portaria MS n.º 2.095/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual reforça a necessidade de protocolos específicos também nos ambientes ambulatoriais. A Lista de Verificação de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendada desde 2008, é uma ferramenta essencial que deve ser adaptada à realidade dos serviços de saúde municipais, inclusive da odontologia.

Estudos demonstram que a adoção sistemática de protocolos de segurança reduz em até 47% a ocorrência de eventos adversos e em 36% a mortalidade associada a procedimentos cirúrgicos, evidenciando a importância de práticas padronizadas e comunicação efetiva entre as equipes (Haynes et al., 2009).

Este protocolo tem como finalidade nortear as equipes de saúde na condução segura de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais médicos e odontológicos, como pequenas cirurgias dermatológicas, ginecológicas, vasculares, exodontias, biópsias, remoção de cistos, entre outros, promovendo a padronização, comunicação efetiva e a redução de eventos adversos.

- **Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais:** procedimentos invasivos, com ou sem anestesia local, realizados em ambiente ambulatorial, com complexidade reduzida, que não requerem internação.
- **Cirurgia segura:** conjunto de ações sistematizadas que visam prevenir, minimizar e interceptar riscos durante o perioperatório.

2. OBJETIVO

Padronizar condutas em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, médicos e odontológicos;

- Reduzir riscos e eventos adversos relacionados a falhas humanas, materiais ou sistêmicas;
- Garantir a identificação correta do paciente, do local e do procedimento;
- Promover a comunicação efetiva entre os membros da equipe;
- Assegurar o registro adequado de todo o processo cirúrgico;
- Fortalecer a cultura de segurança do paciente no ambiente ambulatorial.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os profissionais envolvidos na realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais nos serviços de saúde do município de Criciúma, incluindo médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais colaboradores.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA

A segurança cirúrgica está fundamentada nos seguintes princípios:

- Confirmação da identidade do paciente com, no mínimo, dois identificadores (nome completo e data de nascimento).
- Confirmação do procedimento e do local correto da intervenção.
- Conferência de materiais, instrumentos e equipamentos necessários.
- Registro adequado de todas as etapas do procedimento.

4.1 Etapas do protocolo de cirurgia segura

Etapas do Protocolo de Cirurgia Segura Inspirado na estrutura da OMS, o protocolo é organizado em três fases essenciais:

4.1.1 Check-in (Antes do Procedimento) Checklist:

- Verificação da identidade do paciente, com dois identificadores (nome completo e data de nascimento), conforme orientação da ANVISA (2013);
- Confirmação do procedimento agendado, do lado ou local anatômico e da presença do consentimento informado assinado;
- Revisão do histórico clínico e medicamentoso (uso de anticoagulantes, alergias, doenças crônicas);
- Avaliação da prescrição de exames pré-operatórios, jejum e orientações prévias;
- Certificação de que os materiais, medicamentos e equipamentos estão disponíveis e em condições ideais de uso;
- Checagem da esterilização e validade dos artigos médico-hospitalares e odontológicos;
- Montagem da mesa cirúrgica;
- Marcação do local cirúrgico, quando aplicável, com caneta cirúrgica ou dermatográfica;
- Presença do Plano de Tratamento Cirúrgico (no caso da odontologia).

A identificação correta do paciente e do local cirúrgico é considerada um dos pilares da segurança em procedimentos invasivos (BRASIL, 2013).

4.1.2 Time-out (Imediatamente Antes do Procedimento) Checklist:

- Reafirmação da identidade do paciente, do procedimento e do local cirúrgico;
- Confirmação da marcação cirúrgica, quando necessária;
- Conferência do checklist cirúrgico sob responsabilidade do profissional cirurgião;
- Confirmação da função de cada membro da equipe (cirurgião, cirurgião-dentista, auxiliar, enfermeiro, técnico, apoio);

- Discussão de possíveis riscos ou eventos previstos (sangramentos, reações adversas, dificuldades técnicas);
- Verificação da preparação da sala, EPIs, campos estéreis e suporte emergencial, se indicado.

A comunicação eficaz reduz em até 30% a ocorrência de erros em procedimentos invasivos (MANDEL, 2020).

4.1.3 Sign-out (Após o Procedimento) Checklist:

- Contagem e conferência de instrumentos utilizados (quando aplicável);
- Registro da finalização do procedimento e de intercorrências;
- Prescrição de medicações e orientações pós-operatórias ao paciente;
- Reforço de sinais de alerta e agendamento do retorno quando aplicável;
- Atualização do prontuário com todos os dados clínicos relevantes.

5. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS COMPLEMENTARES DE SEGURANÇA

5.1 Biossegurança

- Higienização das mãos, conforme RDC n.º 42/2010 (ambiente médico) e RDC n.º 6/2012 (ambiente odontológico);
- Uso de EPIs pela equipe;
- Esterilização adequada e controle de validade de materiais e instrumentais;
- Manejo adequado de resíduos de serviços de saúde, conforme RDC n.º 222/2018.

5.2 Consentimento Livre e Esclarecido

- Garantia de explicação clara ao paciente sobre o procedimento, riscos, benefícios, alternativas terapêuticas e possíveis complicações;
- Obrigatoriedade ética e legal, conforme CFO e CFM.

5.3 Comunicação com a Equipe e com o Paciente



- Comunicação baseada em escuta ativa, uso de estratégias como SBAR, definição clara de papéis;
- Fortalecimento da confiança entre equipe e paciente;
- Redução da judicialização.

5.4 Registro e Traçabilidade

- Inclusão no prontuário de: data, horário, profissional responsável, técnica utilizada, anestesia, materiais aplicados, intercorrências, orientações e prescrição.

6. AÇÕES PREVENTIVAS

- Termo de consentimento livre e esclarecido, como o a seguir:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Nome do(a) Paciente: _____

Data de Nascimento: // _____

Nome do(a) Profissional Responsável: _____

Registro Profissional (CRM/CRO/Outro): _____

Procedimento Cirúrgico Proposto: _____

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____, na qualidade de paciente (ou responsável legal), declaro ter sido devidamente informado(a) pelo(a) profissional acima identificado(a) sobre o procedimento cirúrgico a que serei submetido(a). Fui esclarecido(a), de forma clara e compreensível, a respeito de:

- A necessidade do procedimento, seus objetivos, etapas e benefícios esperados;
- Os cuidados pré e pós-operatórios que devo seguir para favorecer a recuperação;
- Os possíveis riscos e complicações relacionados à cirurgia, tais como: dor, inchaço, sangramento, infecção, reações alérgicas a medicamentos, alterações de sensibilidade, necessidade de transfusão, anestesia, trismo (dificuldade de abrir a boca), cicatrizes, sequelas funcionais ou estéticas, parestesias (temporárias ou permanentes), entre outros;
- A possibilidade de insucesso parcial ou total do procedimento, bem como da necessidade de tratamentos complementares ou de interrupção em caso de intercorrências clínicas;
- As alternativas terapêuticas disponíveis, com seus respectivos riscos e benefícios;
- A importância da minha colaboração durante o tratamento, comparecendo às consultas e seguindo rigorosamente as orientações da equipe de saúde.

Declaro, ainda, que tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, que recebi respostas satisfatórias e que estou ciente de que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao meu atendimento futuro.

Por estar de acordo com o exposto, autorizo, de forma livre e esclarecida, a realização do procedimento cirúrgico proposto, assumindo responsabilidade quanto às orientações recebidas.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal:

Assinatura e Carimbo do(a) Profissional Responsável:

- Checklist cirúrgico;
- Registro de intercorrências, condutas e prescrições.

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;
- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.



- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do setor de Educação Permanente, deverá ofertar, de forma contínua, ações formativas voltadas aos profissionais envolvidos na realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, tanto na área médica quanto odontológica.

Essas capacitações devem contemplar a correta aplicação do *checklist* do Protocolo de Cirurgia Segura, a atualização sobre as melhores práticas de segurança do paciente no perioperatório, o fortalecimento da comunicação efetiva e do trabalho em equipe multiprofissional, bem como a valorização da cultura de segurança e da abordagem centrada no paciente.

As formações poderão ser desenvolvidas por meio de oficinas, rodas de conversa, treinamentos presenciais e ações integradas nas unidades de saúde, priorizando os profissionais diretamente envolvidos nas etapas de preparo, execução e alta de procedimentos ambulatoriais. O objetivo é assegurar a padronização das condutas, a redução de riscos e a promoção de uma assistência cirúrgica segura e qualificada em todo o território municipal.



REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANDRADE, J. S. de et al. Segurança do paciente na atenção primária: um olhar sobre a odontologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/X4JtPKT4jT7P5BtT5JVDw9N>. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217/2018. Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 1 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Código de Ética Odontológica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012.

COSTA, R. T.; RAMOS, M. V. Biossegurança em ambientes ambulatoriais: desafios e boas práticas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 2, p. 56–63, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qjWsy5rmZRp4QpZwFk5pRRG>. Acesso em: 7 ago. 2025.

MANDEL, I. D. Erro humano e segurança do paciente na odontologia: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, 2020.

RIBEIRO, M. F.; SOUZA, A. R.; ALMEIDA, R. M. Protocolos de segurança em procedimentos cirúrgicos: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 41–50, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KshSR7Dsb7s9y9zXTrSxJKt>. Acesso em: 7 ago. 2025.

SILVA, T. D.; COSTA, M. E. Biossegurança na prática odontológica: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 48, n. 2, p. 87–94, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounosp/a/5LXL9Fw9fzfR6LxWbRbkVJM>. Acesso em: 7 ago. 2025.

ANEXO VII PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um dos principais desafios para a segurança do paciente em âmbito mundial, estando presentes tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Essas infecções impactam negativamente a qualidade do cuidado prestado, contribuindo para o aumento da morbidade, da mortalidade, do tempo de internação, da resistência microbiana e dos custos assistenciais.

Reconhecendo esse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançou, em 2005, o primeiro Desafio Global intitulado “Cuidado limpo é cuidado mais seguro”, com o objetivo de fortalecer a higienização das mãos como medida essencial para a prevenção e o controle de infecções nos serviços de saúde.

Apesar das evidências científicas que comprovam sua eficácia, a adesão da equipe multiprofissional à prática de higienização das mãos ainda é considerada insatisfatória em muitos contextos. Esse comportamento fragiliza a barreira de proteção entre os pacientes e os agentes infecciosos, tornando a implementação de estratégias sistematizadas de vigilância e educação permanente uma prioridade.

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como finalidade estabelecer e padronizar as práticas de higienização das mãos em todos os serviços de saúde da rede municipal de Criciúma, como ação estratégica de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

São objetivos deste protocolo:

- Promover a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e demais envolvidos no cuidado;



- Reduzir o risco de transmissão de microrganismos patogênicos nos ambientes assistenciais;
- Reforçar a higienização das mãos como prática central no cuidado seguro e de qualidade;
- Orientar os profissionais quanto às técnicas, produtos, indicações e momentos adequados para higienização das mãos;
- Fomentar a cultura de segurança e o compromisso institucional com a prevenção de infecções.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os prestadores de serviços geridos pela SMS de Criciúma, independentemente do nível de complexidade, devendo ser seguido em todos os pontos de assistência.

Considera-se ponto de assistência todo local onde estejam presentes três elementos fundamentais: o paciente, o profissional de saúde e o processo de cuidado ou tratamento que envolva contato direto com o paciente ou com o seu ambiente próximo.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA

As práticas de segurança englobam um conjunto de medidas destinadas a reduzir riscos e prevenir incidentes nos serviços de saúde. Entre elas, destaca-se a higiene das mãos, entendida como uma ação essencial para evitar a transmissão de microrganismos e prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), protegendo tanto pacientes quanto profissionais. Essas práticas devem ser incorporadas de forma sistemática às rotinas assistenciais, fortalecendo a cultura de segurança e garantindo maior qualidade no cuidado prestado.

Essa prática inclui a lavagem das mãos, a higienização antisséptica, a fricção com preparações alcoólicas e a antisepsia cirúrgica.

4.1 Higiene simples das mãos

Ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

4.2 Higiene antisséptica das mãos

Ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

4.3 Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

Aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

4.3.1 Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida

Preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinados à aplicação nas mãos para reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

4.3.2 Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras

Preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

4.4 Antissepsia cirúrgica das mãos

Ato de higienizar as mãos com água e agente antisséptico antes de procedimentos cirúrgicos.

4.5 Intervenção

4.5.1 Momentos

QUANDO? Seus 5 momentos para a higiene das mãos



Fonte: ANVISA, 2013.

4.5.2 Recomendações

As indicações para higiene das mãos contemplam:

a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água:

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

b) Higienizar as mãos com preparação alcoólica:

- Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois tocar o paciente e após remover luvas;
- Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos;



Obs: Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos concomitantemente.

6. AÇÕES PREVENTIVAS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

6.1 Higienização simples das mãos: com sabonete líquido e água

6.1.1 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. Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.

6.1.2 Duração do procedimento

A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

6.1.3 Materiais

- Água corrente;
- Lixeira;
- Papel toalha;
- Sabonete;

6.1.4 Descrição do procedimento conforme POP Assistência de Enfermagem - SMS de Criciúma:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio e outros);
2. Arregaçar as mangas até a altura do cotovelo;
3. Realizar a higienização simples das mãos, por 40 a 60 segundos, executando os seguintes passos:

4. Abrir a torneira sem encostar na pia e, mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhar-se por completo, sob a água corrente;
5. Aplicar o sabonete líquido em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
6. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
7. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa), entrelaçando os dedos;
8. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
9. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento de vai e vem (e vice-versa), segurando os dedos;
10. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
11. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
12. Friccionar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
13. Enxaguar bem as mãos e os punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras com fechamento manual, utilizar papel-toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);
14. Secar as mãos com papel-toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
15. Descartar o papel-toalha usado no lixo adequado (saco preto).

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.



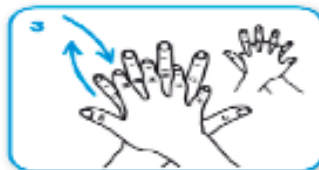
0 Molhe as mãos com água.



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.



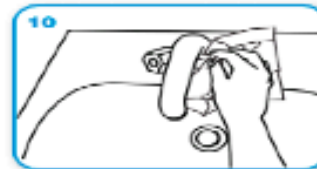
7 fricione as pontas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



8 Enxágue 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.

Fonte: ANVISA, 2013.

6.2 Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água

6.2.1 Finalidade

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

6.2.2 Duração do procedimento

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 Segundos.

6.2.3 Técnica

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico degermante.

6.3 Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

6.3.1 Finalidade

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos, seja na concentração final mínima de 70% sob a forma gel ou entre 60% a 80% sob a forma líquida, tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos. Entretanto, a fricção antisséptica com preparação alcoólica não remove sujidades. Portanto, não deve ser o único método utilizado quando as mãos estiverem visivelmente sujas.

6.3.2 Duração do procedimento

A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter 20 a 30 segundos.

6.3.3 Material

Gel alcoólico a 70% ou solução alcoólica a 70% com 1 a 3% de glicerina.

6.3.4 Descrição do procedimento conforme POP Assistência de Enfermagem - SMS de Criciúma:

Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica antisséptica das mãos com preparação alcoólica:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio etc.);
2. Realizar a higienização das mãos com gel alcoólico, por 20 a 30 s, executando os seguintes passos:
3. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
4. Friccionar as palmas das mãos entre si;

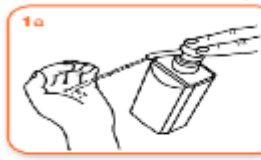
5. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
6. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
7. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento de vai e vem (e vice-versa), segurando os dedos;
8. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimento circular;
9. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
10. Friccionar os punhos com movimentos circulares;
11. Friccionar as mãos até secar (não utilize papel-toalha).

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.



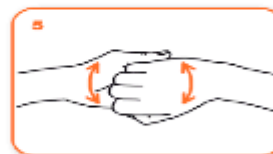
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



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.

Fonte: ANVISA, 2013.

6.4 Antissepsia cirúrgica das mãos

6.4.1 Finalidade

Eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, proporcionar efeito residual na pele do profissional. As escovas utilizadas mãos devem ser descartáveis e de cerdas macias, impregnadas ou não exclusivo em leito ungueal, subungueal e espaços interdigitais.

6.4.2 Duração do procedimento

A antissepsia cirúrgica das mãos deve durar de três a cinco minutos para e de dois a três minutos para as cirurgias subsequentes.

6.4.3 Técnica

A técnica de antissepsia cirúrgica das mãos envolve os passos a seguir:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio etc.);
2. Abrir a torneira e molhar as mãos, os antebraços e os cotovelos;
3. Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nos cotovelos. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressionar a esponja contra a pele e espalhar por todas as partes das mãos, antebraços e cotovelos;
4. Limpar sob as unhas com as cerdas da escova;
5. Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e no mínimo de três a cinco minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos;
6. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os retirando todo o resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, não possuir fotossensor;
7. Enxugar as mãos em compressas estéreis, com movimentos pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atentando para compressa para regiões distintas.

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



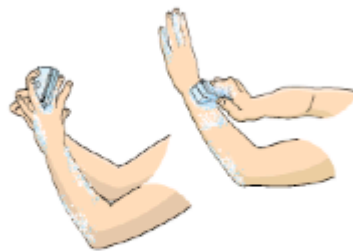
- 2 *Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressionar a parte impregnada da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes das mãos, antebraços e cotovelos.*



- 3 *Limpar sob as unhas com as cerdas da escova.*



- 4 *Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e os antebraços, por no mínimo três a cinco minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.*



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



- 6 *Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atendendo para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.*



Fonte: ANVISA, 2009.

6.5 Estratégia multimodal

É um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras com vistas a melhorar a prática de higienização das mãos, de forma bem sucedida e sustentada. Os componentes-chave da Estratégia Multimodal da OMS para a das Mãos são:

6.5.1 Mudança de sistema

Assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui algumas condições essenciais:

- Acesso a sabonete líquido e papel toalha, bem como a um fornecimento contínuo e seguro de água, de acordo com o disposto na Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011;
- Acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência;

6.5.2 Educação e treinamento

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

6.5.3 Avaliação e retroalimentação

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

6.5.4 Lembretes no local de trabalho

Alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

6.5.5 Clima de segurança institucional

Criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente e no qual o aprimoramento da higienização das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:

- A participação ativa em nível institucional e individual;
- A consciência da capacidade individual e institucional para mudar e aprimorar (auto eficácia);
- Parcerias com pacientes, acompanhantes e com associações de pacientes.

6.6 Cuidados especiais

6.6.1 Cuidado com o uso de luvas

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas;

6.6.2 Aspectos para garantir o bom estado da pele das mãos

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que a higiene com sabonete líquido e água;
- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- O uso de cremes para hidratação das mãos, ajudam a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

6.6.3 Comportamentos a serem evitados

- Utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos;
- Utilizar água quente para lavar mãos com sabonete líquido e água;
- Calçar luvas com as mãos molhadas, levando a riscos de causar irritação;
- Higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- Usar luvas fora das recomendações.

6.6.4 Princípios devem ser seguidos

- Enxaguar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete;
- Friccionar as mãos até a completa evaporação da preparação alcoólica;
- Secar cuidadosamente as mãos após lavar com sabonete líquido e água;
- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras e anéis, etc;
- Aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;

- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do setor de Educação Permanente, deverá ofertar, de forma contínua, capacitações voltadas à higienização das mãos em todos os serviços da rede municipal de saúde. Essas ações formativas devem contemplar a atualização periódica sobre os protocolos institucionais e nacionais de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), enfatizando a correta aplicação das técnicas, a



indicação dos produtos, os cinco momentos para a higiene das mãos e a adesão ao uso de preparação alcoólica como prática prioritária no ponto de assistência.

As capacitações deverão incluir atividades teóricas e práticas, como oficinas, simulações, rodas de conversa e treinamentos em serviço, envolvendo todas as categorias profissionais que atuam no cuidado direto e indireto ao paciente. Além disso, é fundamental abordar aspectos éticos e legais relacionados à segurança do paciente, reforçando a importância do registro adequado das práticas em prontuário e do compromisso institucional com a cultura de segurança.

O objetivo é fortalecer a adesão dos profissionais às práticas de higienização das mãos, reduzir o risco de transmissão de microrganismos e promover um cuidado seguro, de qualidade e centrado no paciente em toda a rede municipal de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC n. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, v. 51, n. RR-16, p. 1-45, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Ministério da Saúde – MS. Manual para observadores. Brasília: OPAS/OMS/ANVISA, 2008a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Ministério da Saúde – MS. Guia para implantação: um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: OPAS/OMS/ANVISA, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Hand hygiene: why, how and when. Summary Brochure on Hand Hygiene. World Alliance for Patient Safety. Geneva: WHO Press, 2006. p. 1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Clean care is safer care. Geneva: WHO Press, 2009a. 270 p.



WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Hand hygiene technical reference manual: to be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices. Geneva: WHO Press, 2009b. 31 p.



ANEXO VIII PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA

1. INTRODUÇÃO

A queda, segundo o Ministério da Saúde, é um evento adverso definido como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, podendo ou não resultar em dano. Essa definição abrange tanto situações em que o paciente é encontrado no chão quanto aquelas em que ele necessita de apoio para evitar o impacto. As quedas podem ocorrer da própria altura, de macas, de camas ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras, vaso sanitário, entre outros). Tais eventos contribuem para o aumento de morbidades, piorando prognósticos de pacientes, gerando internações, elevação dos custos assistenciais, perda da confiança do paciente na instituição e podem, em alguns casos, desencadear processos judiciais. Por isso, a prevenção é uma prioridade essencial em ambientes de saúde.

O risco de queda é uma inter-relação complexa entre fatores intrínsecos (relacionados ao indivíduo) e extrínsecos (relacionados ao ambiente). Os fatores intrínsecos incluem a idade avançada, histórico de quedas prévias, comorbidades como doença de Parkinson, artrite, osteoporose, uso de medicamentos sedativos e deficiências sensoriais. Já os fatores extrínsecos são aqueles do ambiente, como pisos escorregadios/quebrados, iluminação inadequada, tapetes soltos, ausência de barras de apoio em banheiros e corredores e o uso de calçados inapropriados (BRASIL, 2013).

A prevenção de quedas exige uma abordagem multifacetada, envolvendo a avaliação de risco do paciente, a educação e a implementação de intervenções no ambiente. É crucial realizar uma avaliação de risco individualizada para identificar os fatores específicos dos pacientes e das estruturas das unidades de serviço/saúde e com base nessa avaliação, as medidas preventivas podem ser instauradas (OMS, 2007).

FATORES DE RISCO PARA QUEDA
CRIANÇAS < 5 ANOS E IDOSOS > 65 ANOS;

DECLÍNIO COGNITIVO, AGITAÇÃO, CONFUSÃO, COMPORTAMENTO ALTERADO DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS, DEPRESSÃO E ANSIEDADE;

ALTERAÇÃO NA GLICEMIA SANGUÍNEA (EX.: HIPOGLICEMIA);

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA / DIFICULDADES NA MARCHA (USO DE ANDADOR, BENGALA);

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PRÉVIO;

TONTURA OU DESMAIO;

CONVULSÃO;

COMPROMETIMENTO SENSORIAL COM VISÃO, AUDIÇÃO OU TATO PREJUDICADO;

AMPUTAÇÃO/DEFORMIDADES NOS MEMBROS INFERIORES;

COMPROMETIMENTO SENSORIAL: COMPROMETIMENTO DA VISÃO, AUDIÇÃO OU TATO;

OBESIDADE SEVERA.

A implementação de protocolos de segurança nos ambientes de cuidado é fundamental para mitigar os riscos. Estes protocolos incluem a utilização de alarmes de saída, pisos antiderrapantes e a garantia de que objetos pessoais (óculos, bengalas, andadores) estejam sempre ao alcance do paciente. Em caso de queda, é essencial seguir um protocolo de resposta rápida que inclua a avaliação imediata do paciente e a análise do evento para identificar as causas e aprimorar as estratégias de prevenção. A documentação completa de todos os eventos de queda é vital para a análise de tendências e o desenvolvimento de um plano de segurança contínuo (ANVISA, 2013).

2. OBJETIVO

O objetivo deste protocolo é reduzir a ocorrência de queda em pacientes nos serviços de saúde do município e o dano dela decorrente, através de medidas que contemplem a avaliação de risco, promovendo o cuidado multiprofissional e a educação em saúde do paciente e seus familiares desde o momento da admissão até a alta.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os prestadores de serviços geridos pela SMS

de Criciúma.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA

- Entender a importância quanto a prevenção de quedas e de suas medidas preventivas;
- Executar as medidas de prevenção para queda de acordo com os protocolos;
- Reforçar e registrar as orientações preventivas de queda sempre que possível;
- Reforçar as medidas realizadas para prevenção da queda, comunicar imediatamente ao gerente da unidade qualquer situação que possa caracterizar um possível evento de queda;
- Utilizar placas de identificação alertando para “Piso Molhado” ao ser realizado a limpeza de regiões ou em locais em que haja um possível risco transitório (locais de reforma);
- Realizar a notificação de eventos adversos.

5. AVALIAÇÃO QUANTO AO RISCO DE QUEDA DO PACIENTE

5.1 Escala de morse

Para garantir uma análise abrangente no momento da avaliação, é imperativo que sejam identificados e documentados todos os fatores de risco intrínsecos ao paciente que possam exacerbar as consequências de uma eventual queda.

A classificação do risco de queda é um componente crítico para a implementação de estratégias preventivas. O risco é estratificado em três níveis distintos, baseados na pontuação obtida em uma escala de avaliação validada. Um risco é considerado baixo quando a pontuação se situa no intervalo de 0 a 24 pontos. A categoria de risco médio abrange pontuações de 25 a 44 pontos, indicando a necessidade de maior atenção e intervenções direcionadas. Por fim, o risco é classificado como elevado quando a pontuação alcança ou ultrapassa 45

pontos, exigindo a adoção de medidas preventivas intensivas e um monitoramento contínuo para garantir a segurança do paciente.

Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambalcante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

5.2 Escala Humpty Dumpty

A avaliação do risco de queda em pacientes pediátricos deve considerar características próprias da infância, que diferem dos fatores de risco observados em adultos. Para isso, a **Escala Humpty Dumpty** é amplamente utilizada e validada para a estratificação do risco em crianças hospitalizadas (COX; STEINER; FUNK, 2009; BRASIL, 2013).

Essa escala leva em conta seis critérios principais: idade, sexo, diagnóstico, comprometimento cognitivo, fatores ambientais e resposta à cirurgia, sedação ou uso de medicamentos (COX; STEINER; FUNK, 2009). Cada item recebe uma

pontuação que varia de acordo com o grau de vulnerabilidade apresentado pelo paciente.

A soma final dos pontos classifica o risco em duas categorias:

- **Baixo risco:** pontuação inferior a 12 pontos, indicando necessidade de medidas básicas de prevenção e orientação familiar.
- **Alto risco:** pontuação igual ou superior a 12 pontos, o que exige a implementação imediata de intervenções de segurança específicas, como maior vigilância da equipe, adequação do ambiente, educação dos acompanhantes e monitoramento contínuo (BRASIL, 2013).

A utilização sistemática da Escala Humpty Dumpty favorece a identificação precoce de pacientes pediátricos mais vulneráveis, permitindo que as equipes multiprofissionais adotem estratégias de cuidado individualizadas e eficazes para a prevenção de quedas durante a internação (GUIMARÃES; CAVALCANTE; LOPES, 2017).

Escala de Humpty Dumpty adaptada (pediatria)		Pontuação
1. Idade	Menos de 3 anos	4
	3 a 6 anos	3
	7 a 12 anos	2
	Acima de 13 anos	1
2. Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
3. Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (Diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, syncope/tonturas).	3
	Transtornos psiquiátricos	2
	Outros diagnósticos	1
4. Fatores ambientais	História de queda / bebê em cama	4
	Crianças com aparelhos auxiliares de marcha / bebê em berço/ Quarto com muito equipamento / Quarto com iluminação fraca	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
5. Medicamentos utilizadas	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	Um dos medicamentos citados acima	2
	Outros medicamentos / Nenhum medicamento	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 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas / Nenhum	1
Score:		
7-11 – Baixo risco (manter medidas preventivas, não instituir protocolo completo)		
12 -22 – Alto risco (Instituir protocolo de queda)		

Hospital e Maternidade Suzano (2023).

6. AÇÕES PREVENTIVAS QUANTO AO RISCO DE QUEDA

Compete a todos os profissionais de saúde a adoção de práticas de segurança abrangentes para a prevenção do risco de queda em todos os pacientes, independentemente de sua classificação de risco. Tais intervenções visam à criação de um ambiente de cuidado seguro e à promoção da autonomia e bem-estar do paciente. A implementação de medidas preventivas ambientais é fundamental e deve ser uma prioridade na gestão. Dentre essas ações, destacam-se:

- Pisos antiderrapantes e superfícies secas, com sinalização adequada por meio de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPCs) em caso de higienização;
- Iluminação adequada em todos os espaços de circulação dos pacientes;
- Manutenção de corredores livres de obstáculos para garantir a circulação segura de pacientes e equipamentos;
- Instalação de barras de apoio em banheiros e corrimãos em todas as escadas e rampas, que devem ser devidamente sinalizadas;
- Disponibilidade e uso de escadas de beira de maca para facilitar a movimentação segura do paciente;
- Crianças, adolescentes, gestantes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência devem permanecer com um acompanhante responsável. Além disso, sempre que a equipe multidisciplinar avaliar o risco e julgar necessário poderá solicitar a presença de um acompanhante.

6.1 Responsabilidade pela aplicação das escalas

Realização de avaliação de risco por meio de escalas validadas, específicas para a população em risco, que deve ser aplicada na primeira avaliação do paciente e/ou sempre que houver alteração de condição clínica; sendo aplicado por qualquer profissional capacitado.

Momentos de aplicação:

- Atendimentos precedidos nos serviços de saúde;
- Atendimentos precedidos no ambiente domiciliar;
- Mudança clínica significativa;
- Após ocorrência de queda.

O resultado deverá ser registrado em prontuário eletrônico, servindo de base para definição das medidas preventivas.

6.2 Identificação e orientação para prevenção de quedas em atendimentos domiciliares

A prevenção de quedas no domicílio é parte integrante do cuidado prestado. Durante o atendimento, o profissional deve identificar e orientar o paciente e/ou cuidador sobre:

- Riscos ambientais (tapetes soltos, fios elétricos expostos, iluminação inadequada, escadas sem corrimão, móveis em excesso);
- Necessidade de apoios físicos (barras em banheiros, corrimãos, cadeira higiênica, cama em altura adequada, tapetes antiderrapantes em banheiros, boxes de chuveiro, frente à pia da cozinha e em outras áreas de circulação com risco de umidade);
- Importância do uso de calçados fechados e antiderrapantes;
- Necessidade de ambientes iluminados à noite;
- Portas internas não devem ser trancadas para permitir socorro em caso de queda;
- Uso de instrumentos de apoio (bengalas, muletas, andadores com ponteiros de borracha ou cadeira de rodas), quando necessário e conforme orientação profissional.
- Telefone em local acessível, facilitando a solicitação de ajuda em situações de emergência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), também é fundamental a atenção a fatores clínicos que aumentam o risco de quedas, como:

- Revisão periódica de medicamentos, especialmente os que podem causar hipotensão ou sedação;

- Tratamento de problemas de visão e audição;
- Tratamento de alterações nos pés e uso adequado de calçados;
- Manejo da hipotensão ortostática e de outras condições cardiovasculares;
- Prática regular de exercícios físicos, visando equilíbrio, marcha e condicionamento;
- Suplementação de cálcio e vitamina D, quando indicada.

6.3 Conduta

Após a avaliação do paciente, a equipe deve evoluir o risco de queda identificado e adotar condutas específicas conforme as necessidades apresentadas. Durante o atendimento em unidade ou domicílio, queixas clínicas como tontura, vertigem, desmaio, visão turva, fraqueza ou hipotensão ortostática devem ser valorizadas como fatores de risco adicionais. Nesses casos, o paciente deve ser encaminhado para avaliação profissional e orientado quanto a medidas imediatas de prevenção, como levantar-se lentamente da cama ou poltrona, manter adequada hidratação e utilizar corretamente as medicações prescritas.

Em situações de queda confirmada ou de quase queda, a equipe deve:

- avaliar as condições clínicas imediatas do paciente (nível de consciência, sinais vitais, presença de dor, deformidades ou sangramentos);
- prestar os primeiros cuidados e acionar a equipe multiprofissional quando necessário;
- comunicar familiares ou cuidadores;
- analisar as causas e propor medidas preventivas adicionais;
- registrar detalhadamente a ocorrência no prontuário;
- realizar a notificação do evento adverso ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Essas condutas asseguram resposta rápida, prevenção de complicações e aprimoramento contínuo das práticas de cuidado voltadas à segurança do paciente.

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;
- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que



resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do setor de Educação Permanente, deverá ofertar capacitações contínuas voltadas à prevenção de quedas em todos os serviços da rede municipal. Essas ações devem priorizar a atualização das equipes multiprofissionais sobre protocolos institucionais, estratificação do risco por meio de escalas validadas, condutas diante de quedas confirmadas ou quase quedas e estratégias de comunicação com pacientes, familiares e cuidadores.

As formações poderão ser realizadas por meio de oficinas, treinamentos presenciais, simulações em serviço, rodas de conversa e encontros interdisciplinares, assegurando a participação de profissionais que atuam no cuidado direto e indireto. Devem ser enfatizados temas como a importância da identificação precoce de fatores de risco, a adoção de medidas preventivas no ambiente domiciliar e institucional, o registro adequado no prontuário e a notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Essas ações também devem se estender à comunidade, por meio de grupos educativos, oficinas e distribuição de materiais informativos, favorecendo o diálogo aberto e a participação ativa dos idosos e de seus cuidadores. Dessa forma, a educação permanente fortalece a cultura de segurança, promove autonomia e contribui para a redução da incidência de quedas no território municipal.



REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prevenção de Quedas. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

ALMEIDA, R. A. R.; ABREU, C. C. F.; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, n. 2, p. 2163-2172, 2010.

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; SANDRA, C. Escala de quedas de Morse. 1. ed. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.

BORDALO, L.; CALDEIRA, N. Implementação de um Programa de Gestão de Quedas em Contexto Pediátrico. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Prevenção de Quedas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Protocolo Prevenção de Quedas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013. (Programa Nacional de Segurança do Paciente).

BRASIL. Ministério da Saúde. Quedas: orientações para a prevenção em hospitais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

COX, C.; STEINER, M.; FUNK, S. Development of the Humpty Dumpty Falls Scale: A Pediatric Fall Risk Assessment Tool. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 24, n. 2, p. 108–115, 2009.

GUIMARÃES, A. C.; CAVALCANTE, A. C. R.; LOPES, M. V. O. Avaliação do risco de queda em crianças hospitalizadas: aplicação da Escala Humpty Dumpty. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, e03218, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/140407>. Acesso em: 7 set. 2025.

HOSPITAL MATERNIDADE SUZANO. Procedimento Operacional – Prevenção de Quedas (PO.ENF.070). Suzano, 2023. Disponível em: <arquivo institucional>. Acesso em: 7 set. 2025.



INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (IBSP). Protocolo de Prevenção de Quedas. São Paulo: IBSP, 2020.

JOINT COMMISSION RESOURCES. Good practices in preventing patient falls: a collection of case studies. Oakbrook: Joint Commission Resources, 2007.

MORSE, J. M. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. New York: Springer Publishing Company, 2009.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genebra: OMS, 2007.

URBANNETO, L. et al. Análise da escala de Morse para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 868-875, 2013.



ANEXO IX PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE

1. INTRODUÇÃO

Neste protocolo, serão abordadas as boas práticas e normas técnicas voltadas à prevenção das lesões por pressão e outras lesões de pele, aplicáveis a toda a rede de serviços de saúde, incluindo a Atenção Primária e os serviços especializados.

Segundo o Relatório Nacional de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) entre 2014 e 2022, das 1.100.352 notificações registradas, 223.378 (20,30%) corresponderam a lesões por pressão, configurando o segundo tipo de evento mais notificado no país. Nesse mesmo período, foram contabilizados 26.735 *never events*, sendo 19.307 (72,21%) por lesões por pressão em estágio 3 e 5.769 (21,57%) em estágio 4. Dos 5.358 óbitos notificados, 65 tiveram a LPP como causa direta.

A lesão por pressão é considerada uma meta prioritária de segurança do paciente, sendo sua prevenção responsabilidade da equipe multiprofissional em todos os níveis de atenção. Desde o final da década de 1980, há evidências consistentes de que a maioria dessas lesões são evitáveis, sobretudo se forem adotadas precocemente medidas baseadas em evidência, já no início do atendimento ao paciente.

O conceito, a nomenclatura e a descrição dos estágios das LPPs foram atualizados pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) em 2016 e validados no Brasil com o aval da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Apesar da existência de diretrizes consolidadas há mais de três décadas, sua efetiva implementação exige liderança técnica, atuação interprofissional e integração entre os aspectos clínicos, educacionais e gerenciais do cuidado.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas

podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem aos grupos de pacientes (conforme tabela) e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar.

Grupos	Mudanças na pele	Problemas em potencial
Idosos	Afinamento da pele, perda de elasticidade, diminuição de gordura subcutânea, diminuição da hidratação da pele, diminuição da camada derme-epiderme (diminuição da aderência da epiderme à derme; Moncrieff et al., 2015; Levine, 2020).	Lesões por fricção, lesões por pressão, infecção, inflamação, pele seca e descamação, prurido, celulite, úlcera diabética, possíveis problemas de nutrição; possíveis problemas relacionados à demência.
Indivíduos com mobilidade reduzida/paralisia	Alterações na vascularização, controle de temperatura, maceração/umidade, perda de colágeno, perda muscular/atrofia, perda de sensação na pele por dano nervoso (Rappi, 2008).	Lesões por fricção, lesões por pressão, infecção, inflamação.
Crianças/neonatos	Imaturidade da pele; mudanças intrínsecas por pressão duradoura, cisalhamento e fricção, baixa perfusão e maceração (Inamadar & Palit, 2013).	Dermatite associada às fraldas (incontinência), lesões por fricção, lesões por pressão.
Indivíduos com espinha bífida e paralisia cerebral	Perfusão diminuída na pele, reação cutânea adversa a medicamentos, dermatite perianal e inflamação devido à incontinência (Inamadar & Palit, 2013).	Lesões por pressão; possível dermatite associada à incontinência.
Pacientes bariátricos	Alteração nas células da epiderme, aumento da perda de água, pele seca, maceração, aumento da temperatura da pele, e redução do fluxo linfático e perfusão (Shipman & Millington, 2011).	Lesões por pressão, lesão por fricção, úlcera diabética, lesão por umidade, intertrigo.
Pacientes oncológicos	Inflamação causada por radiação, danos à epiderme, diminuição da perfusão (NHS, 2010).	Lesões por pressão, diminuição da cicatrização de feridas, infecções na pele, celulite, radiodermatite.
Doenças crônicas e outros problemas	Mudanças na pele causadas por doenças crônicas - e.g. injúria renal, hepática, cardiovascular; medicamentos; má nutrição; estomias e dispositivos; problemas psicológicos (Wounds UK, 2018)	Lesões por fricção, lesões por pressão, infecção, inflamação, lesão por umidade; outros problemas relacionados.

2. OBJETIVO

Promover a prevenção da ocorrência de Lesão por Pressão (LPP) e outras lesões de pele no âmbito dos serviços de saúde. As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os

grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão e que se encontrem em cuidados continuados, domiciliados, acamados e/ou independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo aplica-se a todos os prestadores de serviços geridos pela SMS de Criciúma.

4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA PARA A PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora as práticas de segurança para a prevenção e manejo precoce da lesão por pressão existam há mais de três décadas, a implementação das recomendações nas instituições de saúde dependem de múltiplas estratégias.

Nesse processo, a capacitação dos profissionais quanto às práticas de segurança para a prevenção de incidentes, incluindo a lesão por pressão, é crucial para a promoção da qualificação do cuidado e, sendo assim, os profissionais devem dispor de atualização técnica científica frequente, por meio da educação permanente. Cabe enfatizar ainda que, as práticas de segurança para evitar a ocorrência de lesão por pressão no contexto da assistência dos serviços de saúde envolvem critérios bem estabelecidos para a prática assistencial, sendo elas:

- Realização de avaliação de risco por meio de escalas validadas, específicas para a população em risco, como por exemplo a **Escala de Braden** e na pediatria a **Braden Q – 1 à 5 anos** que deve ser aplicada na primeira avaliação do paciente e/ou sempre que houver alteração de condição clínica ou mudança da lesão;

ESCALA DE BRADEN				
Avaliação				
Sem Risco: 19 a 23 pontos;				
Médio Risco: 15 a 18 pontos;				
Risco Moderado: 13 a 14 pontos;				
Alto Risco: 10 a 12 pontos;				
Altíssimo Risco: Q6 a 9 pontos.				
DESCRIÇÃO	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitada	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitada	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em Potencial	Nenhum problema	

- **Sem Risco:** Quando o paciente apresentar entre 19 a 23 pontos;
- **Médio Risco:** Quando o paciente apresentar entre 15 a 18 pontos;
- **Risco Moderado:** Quando o paciente apresentar entre 13 a 14 pontos;
- **Alto Risco:** Quando o paciente apresentar entre 10 a 12 pontos;
- **Altíssimo Risco:** Quando o paciente apresentar entre 6 a 9 pontos.

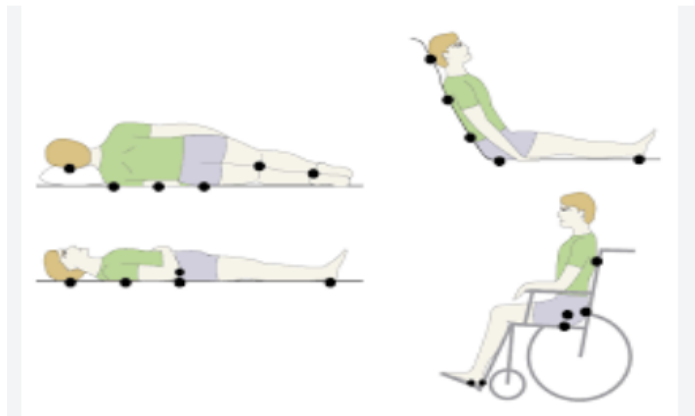
ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão				Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado O doente está confinado à cama	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Todos os doentes demasiado jovens para deambular OU caminhar frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Tolerância da pele e estruturas de apoio				
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. Problema significativo Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apólos ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. Nenhum problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou lacticínios. Ingerir poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. Excelente Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos
PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido Hipotensão (TA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. Comprometido Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico <7.40	3. Adequado Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser >95% OU a hemoglobina pode ser >10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico normal	4. Excelente Normotensão; aturação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; e reenchimento capilar < 2 segundos
Total:				

- A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramentas validadas, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar

os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
 - b) incontinência;
 - c) déficit sensitivo e;
 - d) estado nutricional (incluindo desidratação).
- Avaliação completa da pele, por meio de exame físico, dos pacientes em que o risco para ocorrência de lesão por pressão foi identificado, principalmente nas regiões de proeminências ósseas (exemplos: região sacral, calcâneos, trocânteres, occipital, joelhos e cotovelos) ou com presença de dispositivos (exemplos: cateteres, tubos, sondas, drenos);



Fonte: Cartilha de Orientações sobre Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão.

- Uso de dispositivos médicos de tamanho adequado e materiais macios.
- Uso de colchão especial como viscoelástico (colchão piramidal), ou adição de colchão de ar de pressão alternada para os indivíduos em risco de desenvolver lesões por pressão.
- Reposicionamento de todos os pacientes com ou sob risco de lesões por pressão em horário individualizado. Implementar estratégias de lembrete de reposicionamento para promover a adesão a regimes de reposicionamento. Ao reposicionamento lateral, usar a posição de decúbito lateral a 30°.
- Incentivo à posição sentado fora da cama em uma cadeira ou cadeira de rodas apropriada por períodos de tempo limitados (aproximadamente 1 hora). Inclinar o assento para impedir que o

indivíduo deslize para frente na cadeira ou cadeira de rodas, a fim de minimizar a fricção (skin tears) e o cisalhamento.

- Todo paciente em risco de lesão por pressão ou que tenha a lesão por pressão instalada deve receber triagem nutricional por profissional capacitado e, quando aplicável, avaliação nutricional mais abrangente. O nutricionista deve realizar um plano de assistência nutricional documentado, que contemple a manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas.
- Utilização de produtos de alta absorção para manejo da incontinência urinária e/ou fecal visando proteger a pele em pacientes com risco de lesões por pressão, por exemplo: creme barreira, espumas de poliuretano.
- Elevação dos calcanhares de indivíduos em risco de desenvolvimento de lesões por pressão no calcanhar, utilizando um dispositivo projetado especificamente para suspensão de calcanhar ou travesseiro/almofada de redistribuição de pressão. O calcanhar deve ficar livre completamente, de maneira a distribuir o peso da perna ao longo da panturrilha.
- Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.
- O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.
- Orientações ao paciente, à família e aos cuidadores sobre prevenção e tratamento das lesões por pressão. Pacientes (quando possível), familiares e acompanhantes devem ser envolvidos no processo de prevenção de lesão por pressão e participar ativamente da avaliação diária das condições da pele, junto com a equipe de saúde;

- Uso de coberturas adequadas para cada fase da lesão, com avaliação e acompanhamento conjunto do Ambulatório de Feridas, conforme POP – Ambulatório de Feridas – POP's Enfermagem 09 à 15, disponíveis no Anexos da Celk;



- Apoio da equipe do Programa Melhor em Casa, em situações de lesões acompanhadas pela unidade básica de saúde e necessita de continuidade do cuidado nos finais de semana e feriados. Solicitar via sistema de informação municipal.
- A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

5. CONCEITO, NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

A lesão por pressão e a sua prevenção são consideradas metas de segurança do paciente e responsabilidade da equipe multidisciplinar em todos os níveis de

atenção do sistema de saúde.

O sistema de classificação das lesões por pressão envolvem:

- **Lesão por Pressão Estágio 1:** Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.
- **Lesão por Pressão Estágio 2:** Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção (skin tears), queimaduras, abrasões).
- **Lesão por Pressão Estágio 3:** Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.
- **Lesão por pressão Estágio 4:** Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo,

tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

- **Lesão por Pressão Não Classificável:** Perda da pele em sua espessura total e Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Definições adicionais:

- **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivos Médicos:** Essa terminologia descreve a etiologia da lesão e resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão;
- **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:** encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à

anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

6. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA HIGIENE, HIDRATAÇÃO E MANEJO DA UMIDADE DA PELE

Para prevenir problemas de pele relacionados à umidade, como as lesões por pressão, é crucial manter a pele limpa, seca e hidratada, além de controlar a umidade causada por incontinência, sudorese ou drenagens. Algumas medidas preventivas incluem:

6.1 Higiene

- Limpar a pele com água morna e sabonete neutro ou hipoalergênico, removendo resíduos de urina, fezes e secreções.
- Secar bem a pele, especialmente nas áreas de dobra e regiões genitais, com toalha macia e movimentos suaves.

6.2 Hidratação

- Aplicar hidratante corporal após o banho e em áreas ressecadas, massageando suavemente para facilitar a absorção.
- Utilizar produtos específicos para peles sensíveis ou com lesões.

6.3 Manejo da Umidade

- Utilizar produtos absorventes (fraldas, absorventes) para controlar a umidade causada por incontinência.
- Trocar roupas de cama e de uso pessoal com frequência, mantendo-as secas e limpas.
- Proteger a pele de contato direto com superfícies úmidas (lençóis molhados, fraldas sujas).
- Utilizar produtos protetores (barreiras cutâneas) em áreas de risco, como região sacral, calcanhares e cotovelos.

6.4 Outras medidas

- Manter a pele livre de pressão e atrito, utilizando almofadas e protetores em áreas de risco.
- Evitar o uso de produtos com álcool ou perfumes na pele, pois podem causar ressecamento e irritação.

- Observar regularmente a pele para identificar sinais de lesões (vermelhidão, inchaço, bolhas) e procurar ajuda profissional se necessário.
- Manter uma dieta equilibrada e hidratante para fortalecer a saúde da pele.

É fundamental que as medidas preventivas sejam adaptadas às necessidades individuais de cada paciente e que a avaliação e orientação de profissionais de saúde sejam procuradas para garantir a eficácia dos cuidados.

7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Todos os incidentes ou falhas na assistência, com dano/lesão ou não ao paciente, são notificáveis, como evento adverso relacionado a assistência e devem ser reportados mensalmente ao Notivisa/Vigimed. Assim, o profissional que identificar o fato precisa preencher o formulário de Notificação Espontânea e enviar ao NSP. Uma notificação pode ser realizada dias ou até meses após sua ocorrência de fato.

São considerados Never Events (Eventos que nunca deveriam ocorrer) também passíveis de notificação pelos Núcleos de Segurança do Paciente:

- LPP Estágio 3;
- LPP Estágio 4;
- Lesão por pressão não classificável ;
- Lesão grave associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento;
- Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- Óbito ou lesão grave de paciente associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;

- Óbito ou lesão grave de paciente associado ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
- Procedimento cirúrgico realizado em local errado;
- Realização de cirurgia errada em um paciente;
- Óbito associado à queda do paciente durante prestação de cuidados/atendimento.
- Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo.
- Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia.
- Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão grave durante a assistência dentro do serviço de saúde.

Registro de notificação espontânea

Setor/Unidade de saúde: _____
Título: _____
Nome do paciente: _____
Data de hora do ocorrido: _____
Responsável pela abertura e cargo: _____

(exemplos de eventos para assinalar)

- () Queda
- () Identificação incorreta do paciente
- () Realização de procedimento incorreto
- () Falha na administração de medicamentos
- () Lesão por pressão grau
- () Falha na assistência cirúrgica ambulatorio/odontológica
- () Falha em equipamentos
- () Problemas relacionados a medicamentos
- () Infecção relacionada a assistência
- () Perda de dispositivos (sondas, cateteres, drenos)
- () Evasão
- () Queimaduras
- () Falha na administração de dietas

- () Outros: _____

Notificação	Relatar aqui as informações do ocorrido com o máximo de detalhes
Ação imediata	
Sugestão de melhoria	
Causas prováveis	
Fatores contribuintes	<p><u>Paciente:</u> () condição clínica () comportamento negligente () outros: _____</p> <p><u>Tarefa:</u> () desenho da tarefa () clareza () outros _____</p> <p><u>Individual do profissional:</u> () descuido () não cumprimento das normas</p> <p><u>Equipe:</u> () organização () comunicação</p> <p>() Outros: _____</p>

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde, por meio do setor de Educação Permanente, deverá ofertar, de forma contínua, capacitações voltadas à prevenção e ao manejo da Lesão por Pressão (LPP) em todos os serviços da rede. Essas ações formativas devem contemplar a atualização periódica das equipes multiprofissionais quanto às diretrizes institucionais e nacionais, enfatizando medidas de prevenção, avaliação de risco, registro adequado e condutas diante de diferentes estágios da lesão.

As formações poderão ocorrer por meio de oficinas práticas, treinamentos presenciais, simulações em serviço, rodas de conversa e encontros interdisciplinares, assegurando a participação de profissionais diretamente envolvidos no cuidado. Além disso, deve-se promover a disseminação de materiais técnicos e instrumentos de apoio, fortalecendo a padronização de práticas seguras e a cultura de segurança do paciente.

O objetivo é garantir que todos os profissionais se mantenham atualizados, capacitados e comprometidos com a prevenção de LPP, favorecendo a redução da incidência e a melhoria da qualidade assistencial em toda a rede municipal.





REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: ANVISA, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, n. 143, p. 33-34, 2013b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2023 (versão atualizada da Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017). Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 28 jun. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/000002429jFPtGg.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 11 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. Guia de segurança do paciente. [S.l.]: IBSP, [202-?]. Disponível em: <https://ibsp.net.br/guia-seguranca-do-paciente/?srsltid=AfmBOoiNqfSuv3Bnsg1Drbcyk-TJQ2pZZAXqSPEHMYagJp6CUqQqxI4>. Acesso em: 14 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes relacionados à assistência à saúde – 2014 a 2022. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletins-e-relatorios-das-notificacoes-de-iras-e-outros-eventos-adversos-1/BR_2014__2022.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

PORTUGAL, Livia Bertasso Araújo; CHRISTOVAM, Bárbara Pompeu (orgs.). Cartilha de orientações sobre prevenção e tratamento de lesão por pressão. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2021.

SOBEST – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Recomendações de melhores práticas – ISTEP 2020. [S.l.]: SOBEST, 2020. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Recomendacoes-de-Melhores-Praticas-ISTEP-2020.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2025.