

**PROCOLO DE SEGURANÇA AO PACIENTE: O PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO NUM HOSPITAL PUBLICO DA REGIAO DO EXTREMO
OESTE CATARINENSE**

**PROTOCOL PATIENT SAFETY: THE PROCESS OF IMPLEMENTATION IN
HOSPITAL OF REGION PUBLIC EXTREME WEST CATARINENSE**

JULIANE SCHERER

LUCIMARE FERRAZ

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência com o objetivo de apresentar o processo de implantação de um protocolo que visa à segurança do paciente: A implantação do protocolo é uma exigência do Ministério da Saúde, que oferece subsídios para capacitar os profissionais da saúde, estabelecendo condutas que proporcionam uma assistência segura, livre de eventos adversos. O processo de criação ocorreu quatro fases: Definição dos integrantes do núcleo de segurança ao a paciente; revisão e discussão do conteúdo disponível pelo ministério da saúde/ANVISA; escolha do modelo e da ferramenta informacional, a reestruturação dos cuidados ao paciente; exercício educação continuada. Ao final conclui-se que é e extrema importância da qualificação dos profissionais em todos os setores com ênfase na urgência e emergência. Prestar uma assistência segura ao paciente exige do profissional conhecimento, agilidade e habilidade.

Palavras-chave: Protocolo de Segurança ao Paciente; Hospital; Implantação.

Abstract: This is an experience report in order to present the process of deploying a protocol to patient safety.. The implementation of this is a requirement of the health

ministry, which provides grants to enable health professionals and lay pipelines that provide safe care, free from adverse events. The creation process occurred four phases: Definition of members of the security core to the patient; review and discussion of the content available through the Ministry of Health / ANVISA; choice of model and informational tool, the restructuring of the patient care; exercise continuing education. Finally, the authors concluded that it is extremely important and the qualification of professionals in all sectors with an emphasis on urgency and emergency. The sector is characterized by a tense large demand for labor environment, and mostly with critically ill patients. Therefore, provide a safe patient care requires professional knowledge

Keywords: Safety Protocol Patient ; Hospital; Implantation.

INTRODUÇÃO

Em 2013, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos Estados Unidos, havia uma estimativa de 210.000 a 400.000 de mortes prematuras por ano, associadas a danos evitáveis decorrentes ao cuidado hospitalar. Diante dessas estatísticas a OMS sentiu a necessidade a desenvolver a Classificação Internacional de Segurança do Paciente

Estudos recentes mostram que a incidência de Eventos Adversos (EAs) no Brasil também é alta. A ocorrência desse tipo de incidente no País é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis. Apartir desse cenário a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 28 de novembro de 2011, para o uso seguro de tecnologias em saúde, e a normatização de práticas seguras de cuidado.

Posteriormente o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançaram no dia 01/04 o Programa Nacional de Segurança do Paciente, formalizado por meio da portaria MS/GM Nº 529, DE 01 DE ABRIL DE 2013.

Ainda em 2013, com a finalidade de apoiar as medidas do PNSP, a ANVISA publicou a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, destacando a obrigatoriedade de o PNSP promover ações de prevenção, controle e mitigação de EAs nos serviços de saúde.

Sobre a importância das diretrizes na construção e no emprego de protocolos em serviços de saúde, Stein (2005) afirma que a qualidade da atenção deve ser mensurada pela melhor integração dos serviços e aplicação dos recursos disponíveis, para obter os melhores índices possíveis de saúde dos usuários do sistema, ao mais baixo custo de recursos e com os mais baixos riscos e efeitos adversos sobre os indivíduos, as comunidades e o sistema.

Protocolos de cuidados baseados em evidências são diretrizes fundamentadas em evidências científicas e práticas de consenso, racionalizadas quanto ao uso e organizadas de modo a tornar prática sua aplicação. A implantação desse modelo de assistência oferece um incremento significativo gerando segurança e qualidade na assistência, pois direciona o cuidado atenuando a variabilidade da conduta clínica; fato que seguramente aumenta os riscos da assistência, colocando assim, paciente, médicos e instituição em confronto direto com o perigo.

Dada à importância da segurança do paciente, a associação hospitalar de Tunápolis em conformidade com a lei, implementará medidas que assegurem a integridade do paciente. Esse artigo tem por objetivo relatar a experiência do processo de implantação do protocolo com intuito de capacitar os profissionais de saúde da instituição e servir de modelo informacional para outros serviços de saúde.

INSTITUIÇÃO DE IMPLANTAÇÃO

O presente protocolo foi desenvolvido no hospital público situa-se no município de Tunápolis, cidade pertencente ao Estado de Santa Catarina. Criado em 26 de abril de 1989. Fundado em 01 de janeiro de 1990. A população estimada em 4633 para 2014 conforme, último dados do IBGE. Os habitantes deste município denominam-se Tunapolitano. O município se estende por 133,228 km². A densidade demográfica é de 34,77 habitantes por km². O município se estende por 133,228 km². A densidade demográfica é de 34,77 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Santa Helena, Iporã do Oeste. Situado a 413 metros de altitude, de Tunápolis as coordenadas geográficas do município Latitude: 26° 58' 28" Sul

Longitude: 53° 38' 20" Oeste. O bioma apresentado é de Mata Atlântica e o Clima subtropical.

O estabelecimento com 37 leitos oferece assistência clínica, pediátrica, psiquiátrica, cirúrgica, farmacêutica e atendimento de urgências e emergências. A implantação do protocolo primeiramente inicia-se no serviço de urgência e emergência, fase em que ocorre o primeiro contato com o paciente sendo imprescindível a identificação correta do paciente, administração de medicamentos de forma certa e acolhimento do paciente com segurança, levando em consideração as condições físicas, psicológicas e neurológicas do paciente.

O hospital oferece procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência de pequeno porte e de caráter eletivo. Quando caracterizada de urgência e emergência o paciente chega ao pronto socorro e encaminhado de forma segura ao centro cirúrgico, assegurado a partir deste momento pelo protocolo de cirurgia segura. Regimento que norteia os profissionais na realização dos cuidados ao paciente, livres de eventos adversos. Segundo o SIH/SUS o hospital do município de Tunápolis em 2009 teve 451 internações dentre eles 17 pacientes com a finalidade de realização de cirurgia, com taxa zero na mortalidade.

No período entre 2008 a 2014 conforme o DATA/SUS o serviço ambulatorial do hospital, apresenta atendimento significativo em pacientes com transtornos mentais e comportamentais, com taxa 3219 pacientes internados, dentre eles 1047 internações por transtornos mentais e comportamentais. São indivíduos que sofrem uma alteração no modo de agir e pensar com presença de ideias delirantes, ato agressivo e autoagressão. Situações que precisam de atendimento rápido, pois está associado a casos com risco de vida. Os pacientes em crise vivenciam intenso sofrimento emocional e físico, por isso, apresentam-se frágeis, com várias expectativas e fantasias, frequentemente irrealistas, que influenciam suas respostas ao tratamento. Portanto, deve prevalecer um ambiente, o mais tranquilo possível, proporcionando segurança e proteção, com comunicação clara e franca, quando atos violentos não podem ser permitidos ou tolerados.

A segurança física e emocional do paciente é uma questão prioritária. Espaço físico, população de pacientes, comunicação entre o pessoal, reações de contratransferência considerada pelo examinador para que se conduza a avaliação até o final. Diferenciar condições orgânicas de funcionais é a questão mais importante a ser examinada, uma vez que algumas condições orgânicas podem ser ameaçadoras à vida e imitar transtornos psiquiátricos.

Determinar se o paciente está ou não psicótico, frente a um paciente em crise, é prioritário determinar quanto ao risco que ele apresenta para si mesmo e para terceiros, fazer um diagnóstico inicial, identificar os fatores desencadeantes, necessidades imediatas e iniciar ou encaminhar o tratamento adequado.

Os profissionais que estão prestando socorro devem avaliar com atenção para um possível surto de agitação ou comportamento perturbador além dos limites aceitáveis é frequentemente a melhor garantia contra ocorrências indesejáveis, sempre levando em conta a segurança do cliente.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Inicialmente, o núcleo de segurança do hospital, composta por profissionais da saúde e da administração, tornou-se responsável pela criação e regulamentação das ações de segurança do paciente. Para tanta criou-se um protocolo que Incluiu o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais. Estimulando a cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos. Além disso, contemplam a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, A articulação e a integração dos processos de gestão de risco; A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. Elaborar, implantar, atualizar e divulgar o Plano de Segurança do Paciente; Propor ações preventivas e corretivas; IAnalisar e avaliar dados sobre incidentes e eventos adversos.

O protocolo proposto pelo Núcleo de Segurança do Paciente em conformidade com a portaria 529/2013 que institui o programa nacional de segurança do paciente RDC 36/2013 e em fase de implantação adotam como escopo de atuação seis Metas da Organização Mundial da Saúde associados à assistência em saúde, a saber:

Conceito: Processo realizado desde a admissão do paciente até a alta, garantindo que ele é destinado a determinado tipo de procedimento e tratamento, prevenindo erros que possam lhe causar prejuízo.

Fatores De Risco: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Abrangência: O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes do hospital que prestam cuidados ao paciente, como por exemplo: unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico, entre outros, em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

Finalidade: Utilização de medidas que proporcionem a identificação correta do paciente, abrangendo a equipe multidisciplinar em todos os setores.

Quanto a conduta profissional, ressalta-se que esse deverá identificar todo paciente pelo nome completo e data de nascimento com registro completo de dados na ficha de consulta e no prontuário, aplicar de dois identificadores em toda abordagem ao paciente; realizar o envolvimento da família ou cuidador na identificação correta.

No envolvimento do acompanhante ou cuidador na identificação correta do paciente, deve-se orientar sobre a importância, e o prontuário. Antes de cada procedimento verificar e confirmar o paciente certo e o leito certo. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

Em caso de bebês, pessoa com deficiências mentais, inconscientes deverá ser solicitada a presença do acompanhante ou familiar e concomitância a utilização de documentos pessoais para identificar corretamente do paciente.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto. A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança. Quanto a transferência do paciente para outro serviço de saúde, o identificador adicional utilizado poderá ser encaminhamento médico.

No que diz respeito ao **protocolo de higienização das mãos**, esse tem por finalidade a prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas. A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica empregada. É a medida individual mais simples para prevenir a propagação de infecções. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados. Na camada mais superficial da pele podem-se encontrar bactérias Gram-negativas, como enterobactérias (Ex: Escherichia coli), bactérias não fermentadoras (Ex: Pseudomonas aeruginosa), além de fungos e vírus que podem ser removidos por ação mecânica pela higienização das mãos com água e sabão, sendo eliminada com mais facilidade quando se utiliza uma formulação antisséptica (Ex: álcool a 70% em gel). A seguir apresenta-se a técnica desse procedimento:

- 1º Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.
- 2º Aplicar na palma da mão a quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.
- 3º Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
- 4º Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
- 5º Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

6º Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vice-versa.

7º Esfregar o polegar direito, com auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se de movimento circular e vice-versa. 8º Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.

9º Esfregar o punho esquerdo, com auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.

10º Enxaguar as mãos ensaboadas com a torneira.

11º Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel toalha na lixeira de resíduos comuns

No que diz respeito ao **protocolo úlcera por pressão**, ressalta que a Úlcera por pressão é definida como uma área de morte celular, que se devolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um prolongado período de tempo. Úlceras por pressão causam danos consideráveis nos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade. Tempo de internação, fricção, cisalhamento, umidade, deficiência na mudança, idade, peso, estado nutricional, tipo de pele, uso de medicamentos e patologias crônicas. A seguir apresenta-se a técnica desse procedimento:

- Manutenção do paciente seco e com a pele hidratada:
- Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente.
- A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

- 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.
- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva.
- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas.
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.
- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele.
- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão.
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares.
- A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão.
- Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

- A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.
- O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP.
- O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado.
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar à cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção. Uso de colchões e camas na prevenção de UPP:
- Utilizar colchões de espuma (piramidal) altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP.
- Usar uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos:

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama livres de pressão.
- Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.
- Inspeção diária da pele com utilização da escala de braden.
- Curativo conforme prescrição médica ou de enfermagem, duas vezes ao dia, ou sempre que necessário;
- Debridamento;
- Mensuração da ferida;
- Reavaliar a ferida a cada troca de curativo.

No que diz respeito ao **protocolo de cirurgia segura**, destaca-se que a cirurgia segura se constitui em um protocolo, estabelecendo um conjunto de regras, definidos em um consenso internacional direcionada pela OMS, dividida em etapas evitando expor o paciente a riscos e fatalidades. A finalidade é determinar as medidas a serem utilizadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos como a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, por meio do uso da lista de verificação de cirurgia. A seguir apresenta-se a técnica desse procedimento:

- Comunicar-se com o próprio paciente para que seja confirmada a Identificação correta do paciente;
- Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos;

- Verificar se o termo de consentimento livre e esclarecido sobre o procedimento cirúrgico e a anestesia foi aplicado e assinado;
- Confirmação visualmente do sítio cirúrgico correto e sua demarcação;
- Confirmação da conexão de um monitor cardíaco e o esfigmomanômetro ao paciente e seu funcionamento;
- Instalação de O2 e aspirador, quando necessários;
- Verificar a medicação disponível e necessária em caso de intercorrência no transoperatório;
- A verificação da integridade do equipamento anestésico e da disponibilidade dos medicamentos de emergência;
- Revisão verbal com o médico o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica) e transoperatória deve-se ter uma breve pausa de menos de um minuto na sala de operações imediatamente antes da incisão, para a qual a equipe cirúrgica — cirurgiões, enfermeiros e qualquer outra pessoa envolvida — confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento a ser realizado. “Assegurando a comunicação entre os membros da equipe e evitando erros como o “local-errado” ou o paciente errado”. A equipe deverá seguir os seguintes passos:

- A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função;
- A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto;
- Confirmação do procedimento certo;
- Revisão de eventuais complicações anestésicas

- A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica, quando prescrito pelo médico assistente;
- A verificação da acessibilidade dos exames de imagens necessários;
- Oximetria de pulso;
- Monitorização da frequência cardíaca;
- Monitorização da pressão sanguínea;
- Monitorização da temperatura;
- Administração de medicamentos prescritos pelo profissional de forma correta;
- Trabalho de equipe eficiente;
- Técnica cirúrgica meticulosa;
- Boa comunicação profissionais médicos e enfermeiros, assegurando um bom resultado.

Quanto a avaliação da assistência pós-operatória, deve-se verificar alergias conhecidas; avaliar de vias aéreas e risco de aspiração; monitorar de sinais vitais; avaliar de risco de perda sanguínea; posicionar correto no leito; aliviar da dor; administrar de medicamentos e monitorar os resultados

No que diz respeito ao **protocolo de quedas ressalta-se que as queda é o deslocamento não intencional para um nível inferior a posição a posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a estabilidade. A seguir apresenta-se a técnica desse procedimento:**

- Orientar o paciente a família sobre risco de quedas, segurança e limitação de mobilidade;
- Ensinar os pacientes para realizarem mudanças de decúbito lentamente;
- Orientar os paciente sobre sua área próxima ao leito, como rotina da unidade e como pedir auxílio a equipe de saúde;
- Uso barras e apoios próximos ao banheiro.

- Uso de calçados antiderrapantes, ambientes organizados para evitar tropeços;
- Auxiliar o paciente de alto risco a caminhar
- Orientar sobre a campainha, como utilizar quando em caso necessidade para auxílio;
- Envolver a família no cuidado;
- Uso de cadeiras geriátricas;
- Assegurar que os leitos estejam travados;
- Alocar pacientes confusos mais próximos do posto de enfermagem, quando possível;
- Avaliar o nível de confiança do paciente para deambular;
- Avaliar a independência e a mobilidade, orientando a solicitar acompanhante ou auxílio quando necessário;
- Checar quais os pacientes que estão fazendo uso de laxativos ou diuréticos;
- Pacientes com uso de diuréticos ou laxativos são orientados a chamar auxílio quando necessário, contendo uma iluminação constantemente acesa ao se descolar ao banheiro;
- Oferta de conforto ao paciente no que se refere às eliminações realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programação de horários para levá-los ao banheiro;
- Uso de grades no leito e maca;
- Orientação ao paciente \família \ou acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas como tontura, vertigem, ou sonolência excessiva;
- Orientação ao paciente ou acompanhante sobre o uso de dispositivos;
- Em caso de hipotensão postural, orienta-se a levantar progressivamente, elevando a cabeceira a 30 graus, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão antes de sair da cama.

- Reavaliação constante do conforto e segurança do paciente;
- Uso de berço com grade altura adequado para RN.

No que diz respeito ao **protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos**, esse tem por finalidade promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. A seguir apresenta-se a técnica desse procedimento:

- Na prescrição hospitalar padrão e ambulatorial utilizada, o profissional deverá:
- Identificar o paciente como nome completo, endereço e data de nascimento;
- Nome do hospital;
- Nome completo do paciente;
- Número do prontuário ou registro do atendimento;
- Leito;
- Serviço;
- Enfermaria/particular;
- Telefone;
- Data: A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.
- Legibilidade;
- Realizar prescrição eletrônica, sempre que possível;
- Prescrições com uso somente na frente da folha;
- Sem uso de abreviaturas;

No que diz respeito ao **protocolo de indicações, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos**, a seguir apresenta-se a técnica desse procedimento:

- Registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.
- Padronização dos medicamentos; calcular corretamente a dosagem em relação peso. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.
- Medicamentos prontos individualmente para cada paciente dispensados pela farmácia. Dupla checagem na farmácia e no recebimento da medicação pela enfermagem.
- Dupla checagem pela enfermagem antes da administração do medicamento.
- Verificar os medicamentos usados pelo paciente antes da internação, e armazená-los.
- Prescrição de forma clara e precisa, o nome do medicamento, quantidade dosagem e a via ser administrada e o tempo de infusão.
- Atentar para as possíveis modificações na prescrição.
- Na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento.

Para as **práticas seguras na administração de medicamentos** deve-se realizar:

- Higiene das mãos;
- Atentar pra os 09 certos tais como: via certa, paciente certo, horário certo, medicamento certo, dose certa, registro certo da administração, orientação certa, forma certa, resposta certa;
- Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.

- Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
- Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito.
- Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com aviso em prontuário, alertando toda a equipe.
- Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.
- Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- Checagem dupla no preparo e antes da administração;
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa;
- Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro e médico;
- Respeitar os horários de administração dos medicamentos conforme rotina, sempre que possível;
- Atentar para não administração de medicamento suspenso.
- Atentar para não administração de medicamento suspenso pelo médico;
- Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos para medir doses com exatidão;
- Preparar o medicamento imediatamente antes da administração;
- Monitoramento do preparo e administração da medicação pelo enfermeiro;

- Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.
- Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.
- Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.
- Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.
- Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.).
- Local apropriado no preparo da medicação;
- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância;
- Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração;
- Registrar a data, horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade nos frascos de medicamentos que serão armazenados;
- Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração;
- Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados.
- Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo de segurança do paciente, desenvolvido e implantado como ferramenta de cuidados, vem de encontro as necessidades e anseios dos profissionais da urgência e emergência. O processo de trabalho nesse setor ainda é um desafio, pois eles precisam enfrentar situações extremas, de vida ou morte com imparcialidade, conhecimento e destreza. O setor de urgência e emergência é a porta de entrada do paciente ao ambiente hospitalar, uma conduta mal conduzida pode ocasionar erros sucessivos, portanto é fundamental que ali atuam conheçam e implementem as ações de cuidado e segurança do protocolo proposto.

Portanto, capacitações para toda equipe de saúde são importantes, não somente para qualifica-los tecnicamente mas também para o comprometimento do profissional em realizar práticas seguras, minimizando infecções hospitalares, enganos, fraturas entre outras injurias. Florence Nightingale, no século 18, colocava que “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Essa questão, tão antiga, ainda é vigente na atualidade, pois nos deparamos no dia-a-dia com situações de atos inseguros e insalubres na assistência e cuidado nos serviços de urgência e emergência. Portanto, acreditamos que o estudo aqui apresentado possa servi de inspiração e incentivo para outros serviços hospitalares, não somente na região Oeste de santa Catarina, mas para outras regiões a implantarem o protocolo de segurança do paciente nos seus serviços de atendimento ao paciente em situação de urgência e emergência.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

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, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC nº. 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, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.

Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 01: PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE*. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz. 09/07/2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS*. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz

MINISTERIO DA SAUDE. Anexo 03: PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz. 09/07/2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 02: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE*. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 03: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS*. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG.

MINISTERIO DA SAUDE. Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO*. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz. 09/07/2013

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qisc.def>

WERNECK, marcos Azeredo Furquim et al. Protocolos de cuidado à saúde de organização do serviço **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)** Editora Coopmed, 2009.

