



**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

# Plano Anual de Segurança do Paciente

## FCECON

**Manaus - AM**

**2020**

**Fundação Centro de Controle de Oncologia  
do Estado do Amazonas – FCECON**  
Rua Francisco Orellana nº 215 – Planalto  
Fone (92) 3655-4600 – Fax (92) 3655-4762  
Manaus – Am CEP:69040-010  
[www.fcecon.am.gov.br](http://www.fcecon.am.gov.br)

Fundação  
**CECON**





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## JUSTIFICATIVA

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 em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalar com foco na segurança do paciente.

A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente da Fundação Centro de Controle em Oncologia foi oficializada no período de julho a agosto de 2016.

A implantação do PSP 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.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## **Introdução**

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) da FCECON é constituído de ações de orientação técnico administrativos com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência a pacientes e aos profissionais da instituição.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimule a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promova um ambiente de assistência seguro.

## **Objetivo Geral**

O objetivo da criação do Plano de Segurança do Paciente é regulamentar as ações de segurança do paciente da FCECON. Inclui o reconhecimento e mapeamento dos riscos institucionais relacionados à especificidade da epidemiologia local e aos processos assistenciais, de forma a estimular a criação de uma cultura de gerenciamento desse cuidado, bem como organizar as estratégias e as ações que previnam, minimizem e mitiguem os riscos inerentes a estes processos.

## **Objetivos Específicos**

1. Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho no Hospital FCECON;
2. Realizar o processo de gestão dos riscos identificados;
3. Promover a melhoria de resultados através das análises das ocorrências dos diversos tipos de incidentes: circunstâncias notificáveis com grande potencial para danos, incidentes, eventos adversos e eventos sentinela,





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

a fim de oportunizar a revisão de processos e metodologias sistematizadas que garantam a segurança em diferentes âmbitos.

4. Promover cultura de segurança, implementar ações de controle dos riscos bem como monitorá-los, atenuando e minimizando suas consequências com maximização dos resultados;

## Termos e Definições

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

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

**Evento Adverso:** incidente que resulta em dano 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.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

**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.

**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.

**Hemovigilância:** é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

## Descrição Do Processo De Gerenciamento De Riscos

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:* Realizada através da inserção do nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento no quadro de identificação localizado na parede acima do leito;
2. *Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais:* Realizando check list de passagem de plantão ou passagem de





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

cuidados, atentando para toda a assistência prestada durante o plantão;

3. *Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância:* Através da fiscalização constante da equipe da farmácia, é realizado o monitoramento das medicações de alta vigilância no momento da dispensação, atentando para a prescrição correta; e rotina para retirada de medicamentos no excesso das enfermarias;
4. *Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto:* É realizado o preenchimento do check list para cirurgia segura, no Pré, Trans e Pós-operatório, anexado ao prontuário do paciente e o preenchimento do quadro de cirurgia segura contido em cada sala cirúrgica.
5. *Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos:* Realizado diariamente a observação direta dos cinco momentos de higienização das mãos na UTI adulto e pediátrica, de todos os profissionais de saúde que prestam serviço nestes setores e consolidado mensalmente para avaliação a estratégia multimodal.
6. *Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas:* Através dos protocolos implantados nas enfermarias, é realizado o preenchimento da SAE, onde encontram-se as escalas de MORSE e BRADEN para avaliação do Risco para Quedas e Lesão por pressão. A partir desses dados, o enfermeiro acompanha, orienta e realiza medidas preventivas, como entrega de folder informativo, identificação das placas de risco, campanha tocada a cada duas horas para mudança de decúbito, entre outras.

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

- *Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;*
- *Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;*





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- *Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.*
- *Promoção do ambiente seguro.*
- *Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;*
- *Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;*
- *Segurança no uso de equipamentos e materiais;*
- *Registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado.*

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve:

- Mapeamento e identificação,
- Notificação e avaliação,
- Ações para controle e
- Comunicação dos riscos.

Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com os serviços de atenção da FCECON.

## 1. Mapeamento e Identificação

O mapeamento dos riscos é realizado por cada responsável pelos protocolos de Segurança do Paciente, através de observação direta e notificações realizadas no Formulário de Notificação dos Eventos Adversos.

**Cirurgia Segura;** Monitoramento através do preenchimento do quadro de *check list* pelo Enfermeiro e dos formulários do prontuário.

**Lesão por pressão-** Aplicação da escala de BRADEN na SAE de todos os setores e a placa de LPP e identificação do paciente de alto risco para Lesão, com acompanhamento da equipe da CCP (Comissão de Cuidados com a Pele) aos casos novos, carimbo no prontuário dos pacientes com risco.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

**Risco de Quedas** – Aplicação da escala de Morse na SAE de todos os setores e a placa de identificação no leito para os pacientes de alto risco para quedas.

**Identificação do paciente** – Fiscalização diária em relação ao preenchimento do quadro de identificação localizado na cabeceira do leito e colocação da pulseira no ato da internação mediante apresentação de documento com foto.

**Administração correta de medicamentos e hemocomponentes** – Introdução das prescrições on-line, no sistema i-doctor com monitoramento inicial do enfermeiro plantonista, seguido pelo farmacêutico ou responsável pelo Banco de Sangue, pelo responsável pela dispensação e distribuição e por fim pelo técnico que realizará a administração.

## 2. Notificações e Avaliação

As notificações serão realizadas de forma direta, com preenchimento do formulário de incidentes/eventos adversos e recolhido toda sexta-feira em cada setor ou entregue diretamente ao gestor do NSP em casos dos *never events* ou óbitos. Após a avaliação e investigação de cada caso, será realizada a notificação no NOTIVISA e empreendidas medidas de Prevenção.

## 3. Ações para controle

No decorrer do ano, serão realizados diversos treinamentos *in loco*, ou em salas pré-estabelecidas aos funcionários de saúde e prestadores de serviços, referentes aos Protocolos, para viabilizar a compreensão e adesão de todos.

Também, serão realizadas reuniões com profissionais de saúde, referente as notificações de eventos adversos causados pela sua assistência e adotadas medidas tratativas para que tais incidentes não venham ocorrer novamente.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 4. Comunicação

Realizada reuniões ordinárias trimestral e extraordinárias com a equipe do NSP e Gestores da FCECON com demonstração das estatísticas e organização das melhorias para a Instituição. A comunicação também ocorrerá com a impressão e divulgação dos dados trimestrais nos murais dos setores a fim de estimular mudança de comportamento.

## EDUCAÇÃO CONTINUADA

Serão implementadas atividades de educação continuada em diferentes momentos e de forma sistemática para todos os colaboradores da FCECON, tais como palestras, simpósios, campanhas, treinamentos *in loco*, aplicação de jogos interativos sobre segurança do paciente entre outros. Tem como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos, setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos.





## ANEXOS

### ANEXO I

### PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO

#### FINALIDADE

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. Com o objetivo de identificar o paciente como a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento e assegurar o devido serviço ou tratamento para o paciente certo.

#### 2. JUSTIFICATIVA

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

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

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

#### 3. ABRANGÊNCIA





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico, quimioterapia, radioterapia, uti) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos da FCECON.

## 4. INTERVENÇÃO

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

### 4.1. Identificar os pacientes

Ao internar, o enfermeiro deverá identificar este paciente no quadro de identificação que fica acima do leito, contendo todas as informações pertinentes aquele paciente. Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. Essa ação será realizada assim que houver aquisição das pulseiras na instituição para todos os pacientes desta fundação.

### 4.2. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador

Para envolver o paciente/ acompanhante/ familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado, assim como a obrigatoriedade no preenchimento do quadro de identificação contido na parede acima do leito onde este permanecerá internado.

### 4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

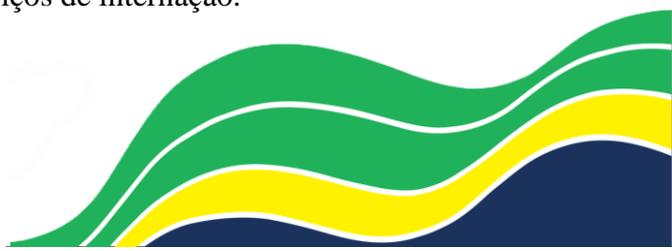
A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

## 5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

### 5.1. Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência, no ambulatório, na quimioterapia, na radioterapia) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

Caso a pulseira caia ou fique ilegível, o familiar deverá comunicar a enfermeira responsável pelo plantão para providenciar o quanto antes a colocação de uma nova pulseira, sendo que este, conseguirá a mesma nos serviços de internação.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 5.1.1. Definições Institucionais

Na FCECON o membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação será o punho direito.

Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

Será utilizado no mínimo dois identificadores como: **nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente ou número de prontuário 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.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital.

Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressão devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação.

## 5.1.2. Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como: **O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, O número de registro do atendimento do serviço de ambulância, A descrição física da pessoa.**

Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

*IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.*

## **5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado**

5.2.1. A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui: *A administração de medicamentos, A administração do sangue, A administração de hemoderivados, A coleta de material para exame, A entrega da dieta e; A realização de procedimentos invasivos.*

5.2.2. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

5.2.3. A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

5.2.4. 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.

5.2.5. 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.

5.2.6. PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

5.2.7. SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

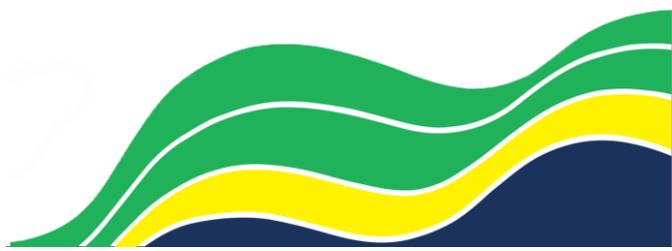
5.2.8. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

5.2.9. NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” Porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

5.2.10. NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

## **6. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES**

### **6.1. Notificação dos casos de identificação errada de pacientes**





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

As implementações das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

## **6.2. Indicadores**

### **6.2.1. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.**

### **6.2.2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas ou identificação no leito, entre os pacientes internados**

## **7. REFERÊNCIAS**

Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo de identificação do paciente. Disponível em : <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 8. ANEXOS DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

### A. PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

LEITO:		PACIENTE:					
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	REGISTRO:	ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	DATA DA INTERNAÇÃO: _/_/___	DATA DA AVALIAÇÃO: _/_/___		
DIAGNÓSTICO:							
<b>RISCOS</b>							
<input type="checkbox"/> LESÃO DE PELE	<input type="checkbox"/> BRONCO ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> FLEBITE	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO (ITU/ISC/ICS)	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> NUTRICIONAL	<input type="checkbox"/> TROMBO EMBOLISMO VENOSO	<input type="checkbox"/> PNM ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA
OBSERVAÇÃO:							

Fonte: Foto do quadro de acrílico na enfermaria

### B. PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DA FCECON.

NÃO VIOLE	PID-SIL 010 19448-3389		NOME DO PACIENTE: _____ NOME DA MÃE: _____	DATA NASC.: _/~/_
NÃO VIOLE	PID-SIL 010 19448-3389		NOME DO PACIENTE: _____ NOME DA MÃE: _____	DATA NASC.: _/~/_
NÃO VIOLE	PID-SIL 010 19448-3389		NOME DO PACIENTE: _____ NOME DA MÃE: _____	DATA NASC.: _/~/_
NÃO VIOLE	PID-SIL 010 19448-3389		NOME DO PACIENTE: _____ NOME DA MÃE: _____	DATA NASC.: _/~/_
NÃO VIOLE	PID-SIL 010 19448-3389		NOME DO PACIENTE: _____ NOME DA MÃE: _____	DATA NASC.: _/~/_
NÃO VIOLE	PID-SIL 010 19448-3389		NOME DO PACIENTE: _____ NOME DA MÃE: _____	DATA NASC.: _/~/_

Fonte: Foto da pulseira utilizada nos pacientes da FCECON





## ANEXO II

### PROCOLO DE CIRURGIA SEGURA

#### 1. FINALIDADE

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde – OMS e ajustada a realidade da FCECON.

#### 2. JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte.

Recentemente, o *Protocolo para Cirurgia Segura* foi estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVSC)

O objetivo dessa Lista de Verificação é fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover a melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar. A Lista de Verificação consiste em uma ferramenta para ser usada pelos médicos interessados em melhorar a segurança de suas cirurgias e reduzir óbitos e complicações cirúrgicas desnecessários.

O objetivo do protocolo é aproveitar o compromisso político e a vontade clínica para abordar questões importantes de segurança, incluindo as práticas de segurança anestésicas inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe. Estes têm sido, comprovadamente, os problemas comuns, mortais e evitáveis em todos os países e contextos.

#### 3. ABRANGÊNCIA





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os pacientes que se submeterem a procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde da FCECON.

## 4. DEFINIÇÕES

**4.1. Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

**4.2. Demarcação de Lateralidade:** demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).

**4.3. Condutor da Lista de Verificação:** profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.

**4.4. Segurança Anestésica:** conjunto de ações realizadas pelo anestesiológico, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

**4.5. Equipe cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anestesiológicos, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

## 5. INTERVENÇÃO

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS.

### Princípios de cirurgia segura.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases:

I - Antes da indução anestésica;





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

II - Antes de iniciar a cirúrgica; e

III - Antes do fechamento cirurgia e antes do paciente sair da sala

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

## 5.1. Antes da indução anestésica:

O condutor da Lista de Verificação deverá:

**5.1.1.** Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada.

**5.1.2.** Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos.

**5.1.3.** Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia.

**5.1.4.** Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação.

**5.1.5.** Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.

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

**5.1.7.** Confirmar reserva na UTI caso necessário

**5.1.8.** Verificar a antibioticoterapia em até 1 hora antes da incisão

**5.1.9.** Verificar possíveis alergias

## 5.2. Antes de iniciar a cirurgia (Pausa Cirúrgica)

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

**5.2.1.** A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

**5.2.2.** A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.

**5.2.3.** A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.

**5.2.4.** A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

**5.2.5.** A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

### **5.3. Antes do fechamento da cirurgia e Antes do Paciente sair da sala**

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

**5.3.1.** A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.

**5.3.2.** A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida.

**5.3.3.** A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.

**5.3.4.** A revisão do prontuário.

## **6. PROCEDIMENTO OPERACIONAL**

### **6.1. Antes da indução anestésica**

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

#### **6.1.1. Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.**

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

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

#### **6.1.2. Demarcar o sítio cirúrgico**





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

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

### **6.1.3. Verificar a segurança anestésica**

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

### **6.1.4. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico**

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

### **6.1.5. Verificar alergias conhecidas**

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

### **6.1.6. Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração**

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

### **6.1.7. Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea**

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





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## **6.2. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)**

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

### **6.2.1. Identificar todos os membros da equipe**

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

### **6.2.2. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento.**

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

### **6.2.3. Verificar a previsão de eventos críticos**

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

### **6.2.4. Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea**

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

### **6.2.5. Revisar eventuais complicações anestésicas**

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

### **6.2.6. Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.**





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

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

### **6.2.7. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana**

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

### **6.2.8. Verificar exames de imagem**

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

## **6.3. Antes do paciente deixar a sala de cirurgia**

### **6.3.1. Confirmar o nome do procedimento**

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

### **6.3.2. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas**

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

### **6.3.3. Confirmar a identificação da amostra**

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

### **6.3.4. Documentar problemas com equipamentos**

O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe.





### 6.3.5. Rever o prontuário

O condutor deverá checar se o prontuário do paciente está completo antes de enviar à enfermaria de destino.

## 7. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

- Taxa de adesão ao protocolo de profilaxia antimicrobiana;
- Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar; e
- Taxa de adesão à Lista de Verificação.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 8. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA. 2013.  
Disponível em:  
<[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura?category\\_id=176](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura?category_id=176)>. Acesso em 22.07.2017
2. Ministério da Saúde. LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO). Disponível em :  
<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/cirurgias-seguras>>. Acesso em 22.07.2017





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 9. ANEXOS DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### A. CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Admissão – centro cirúrgico

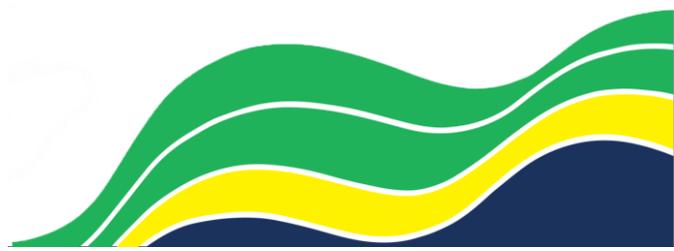
DATA - ____/____/____	HORA: _____
PACIENTE _____	IDADE _____
NOME DA MÃE _____	
PRONTUÁRIO _____	DATA DE NASCIMENTO: _____
PROCEDIMENTO _____	
PROPOSTO: _____	

#### Check-List

<input type="checkbox"/> Prontuario Completo	<input type="checkbox"/> Demarcação Cirúrgica
<input type="checkbox"/> Identificação Correta	<input type="checkbox"/> Tricotomia
<input type="checkbox"/> Avaliação Pré- Anestésica	<input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais
<input type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Exames Radiográficos
<input type="checkbox"/> Jejum desde: ____/____/____ às ____h	<input type="checkbox"/> Risco Cirúrgico
<input type="checkbox"/> Retirada de adornos, próteses, dentaduras, etc	<input type="checkbox"/> DM
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Alergias: _____

#### CHECK-IN: ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

<input type="checkbox"/> Confirmar com o paciente (nome completo) se não verbaliza confirme em outra fonte:
<input type="checkbox"/> Confirmar o procedimento e local da cirurgia ( com cirurgião, prontuário)
<input type="checkbox"/> Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação
<input type="checkbox"/> Paciente monitorizado (monitor multiparamétrico)
<input type="checkbox"/> Confirmado com banco de sangue presença de hemoderivados conforme necessidade e solicitação
<input type="checkbox"/> Risco de perda sanguínea
<input type="checkbox"/> Confirmar com anestesia se o paciente tem via área difícil (providenciar material)
<input type="checkbox"/> Antibioticoterapia em SO ( ) Enfermaria( ) Qual antibiótico?
<input type="checkbox"/> Necessidade de reserva de UTI
<input type="checkbox"/> Equipamentos, materiais e Medicamentos certos: ( conforme solicitados antecipadamente)
<input type="checkbox"/> Documentação Certa: (Anamnese, exame físico, Avaliação pré-anestésica, termo de consentimento cirúrgico, exames complementares e de Imagem)
OBS: _____
_____





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

- ( ) Equipe cirúrgica presente
- ( ) Confirmar tempo de duração prevista para a cirurgia.
- ( ) Paciente está em posição certa para o procedimento
- ( ) Confirmar materiais/instrumentais necessários para a cirurgia
- ( ) Faltando algum material qual? \_\_\_\_\_
- ( ) Alguma preocupação específica com o paciente. Qual: \_\_\_\_\_

## CHECK -OUT: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

- ( ) Saiu o procedimento previsto inicialmente? Se não, Qual: \_\_\_\_\_
- ( ) Contagem de compressas e instrumentais
- ( ) Teve peça anatomopatológica. Qual? \_\_\_\_\_
- ( ) Esta identificada corretamente
- ( ) Durante a cirurgia algum equipamento ou instrumental apresentou problema? Qual: \_\_\_\_\_
- Paciente irá para: UTI ( ) SRPA ( ) Enfermaria ( )
- Algum cuidado específico no POI ( ) Qual? \_\_\_\_\_
- OBS: \_\_\_\_\_
- Assinatura: \_\_\_\_\_

## D. QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA		
PACIENTE: _____ REGISTRO: _____	DIA: ____/____/____	INÍCIO: ____:____
PESO: _____ IDADE: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____	TERMINO: ____:____	
CIRURGIÃO: _____	MARCAÇÃO DO LOCAL D- DIREITO E- ESQUERDO B- BILATERAL NA- NÃO APLICÁVEL	
CIRURGIA PROPOSTA: _____		
CONSENTIMENTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CONTAGEM DE COMPRESSAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> GAZES: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AGULHAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
<b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>	<b>ANTES DE INICIAR A CIRURGIA</b>	<b>ANTES DO FECHAMENTO DA CIRURGIA</b>
<input type="checkbox"/> RESERVA DE UTI	EQUIPE DE SALA COMPLETA (ANESTESISTA, CIRURGIÃO, ENFERMAGEM)	<b>CONTAGEM DE COMPRESSAS:</b>
<input type="checkbox"/> CARRO DE ANESTESIA CHECADO	<input type="checkbox"/> LOCAL DA CIRURGIA DEMARCADO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO ADEQUADA	<input type="checkbox"/> EQUIPAMENTOS EM FUNCIONAMENTO	GAZES: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA	<input type="checkbox"/> MATERIAIS COMPLETOS	AGULHAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO EM ATÉ 1 HORA ANTES DA INCISÃO	<input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES	<b>ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA</b>
<input type="checkbox"/> ALERGIA A _____	<input type="checkbox"/> PONTOS CRÍTICOS _____	<input type="checkbox"/> PEÇAS PARA ANATOMIA PATOLÓGICA
<input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL	OBS: _____	<input type="checkbox"/> SOROS, DRENOS E ACESSOS LIVRES CHECADOS
OBS: _____		<input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO COM PROBLEMA
		<input type="checkbox"/> PRONTUÁRIO COMPLETO
<b>RESPONSÁVEL PELO PAINEL</b>	<b>LEGENDA</b>	
ENFERMEIRO: _____	<input type="checkbox"/> NÃO VERIFICADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM APLICÁVEL <input type="checkbox"/> NÃO APLICÁVEL	

Fonte: Foto do quadro da sala cirúrgica





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## ANEXO III

### PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO, DISPENSACÃO E PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

#### 1. FINALIDADE

Promover práticas seguras no uso de medicamentos na Fundação centro de Controle de Oncologia do Amazonas.

#### 2. JUSTIFICATIVA

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (highalert medications), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas em aumenta à chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

#### 3. ABRANGÊNCIA

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos deverá ser aplicado em todos as Enfermarias, Serviços de Urgência/Emergência, UTI's,





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Centro-cirúrgico, Quimioterapia, Radioterapia, Serviços de Diagnóstico que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas da FCECON.

## 4. DEFINIÇÕES

**4.1. Uso seguro de medicamentos:** inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.

**4.2. 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.

**4.3. 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<sup>17</sup>. 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.

**4.4. Erros de dispensação:** pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial. Incluem também erros relacionados às normas e à legislação. Podem ser classificados em: erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação.

**4.5. Erros de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital.

## 5. PRÁTICAS SEGURAS PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

1. **Urgência/emergência:** quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
2. **Pro re nata ou caso necessário:** quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
3. **Baseada em protocolos:** quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
4. **Padrão:** aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
5. **Padrão com data de fechamento:** quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;
6. **Verbal:** utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde. Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

### 5.1 Intervenções

#### 5.1.1 Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

##### a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome completo do paciente;
- Endereço; e
- Data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

- *Nome do hospital;*
- *Nome completo do paciente;*
- *Número do prontuário ou registro do atendimento;*
- *Leito;*
- *Serviço;*





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- *Enfermaria/apartamento; e*
- *Andar/ala.*

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis.

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

*A utilização da abreviatura “NI” (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.*

## **b) Identificação do prescriptor na prescrição**

A identificação do prescriptor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescriptor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

## **c) Identificação da instituição na prescrição**

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

## **d) Identificação da data de prescrição**

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescriptor. 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. A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

## **e) Legibilidade**





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Nesta Fundação é padronizada a utilização de prescrições feitas pelo Programa Informatizado Padrão em vigor como forma de melhorar a legibilidade das mesmas, contudo, nem todos os prescritores adotaram ainda esta ferramenta.

O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digita é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível. A prescrição carbonada não é recomendada.

É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digita e eletrônica).

## f) Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação. Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde. Essa lista **não deve conter** abreviatura de “**unidades**” (U) e “**unidades internacionais**” (UI), **utilização de fórmulas químicas** (KCl, NaCl, KMnO<sub>4</sub> e outras) e **nomes abreviados de medicamentos** (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros). As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”, escrevendo a palavra “unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”. Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de “EV” (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do “IV” como “IM”, sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

## g) Denominação dos medicamentos





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a **denominação comum brasileira** (DCB) e em sua ausência a denominação comum internacional (DCI). Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

## **h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes**

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes:

- **DOP**Amina e **DOBU**amina;
- **ClorproPAMIDA** e **ClorproMAZINA**;
- **VimBLAST**ina e **VinCRIST**ina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

## **i) Expressão de doses**

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” seja interpretada como “25 mL”. Não utilize “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

## 5.1.2 Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

### a) Alergias

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

### b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

### c) Padronização de medicamentos

Esta Fundação possui uma lista de medicamentos padronizados, onde levou-se em consideração critérios de efetividade, segurança e custo. A mesma encontra-se a disposição a todos os profissionais do estabelecimento de saúde. A mesma está elaborada por especialidade, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos. Tal relação encontra-se totalmente cadastrada no banco de dados do sistema informatizado utilizado pela Fundação para a elaboração das prescrições e demais procedimentos feitos pelo hospital.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos. Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## d) Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo. Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

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. O serviço de farmácia disponibiliza, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensam a manipulação prévia à administração. É realizado o procedimento de dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria, Oncologia e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração. A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

### 5.1.3 Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o (s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico.

A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, **não deve ser utilizada** em prescrições ambulatoriais.

### 5.1.4 Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como "*usar como de costume*", "*usar como habitual*", "*a critério médico*", "*se necessário*" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose;
- Posologia;
- Dose máxima diária deve estar claramente descrita; e
- Condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

*Exemplo: Paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).*

## 5.1.5 Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

### a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente.

Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias facilita a adesão do paciente ao tratamento.

### b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuro-eixo e plexos nervosos, a prescrição **deverá conter informações sobre diluente** (tipo e volume), **velocidade e tempo de infusão** (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

### c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a “síndrome do homem vermelho”, que ocorre com a infusão rápida de vancomicina. **É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição**, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## *d) Via de administração*

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

### **5.1.6 Modificação da prescrição atual ou vigente**

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode:

- Acarretar erro na dispensação; e
- Aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

### **5.1.7 Prescrições verbais**

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível.

Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

### **5.1.8 Pontos de transição do paciente**

Na admissão do paciente para internação deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa). Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente, salvo os medicamentos prescritos e de uso necessário ao tratamento do paciente, que não





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

compõem a padronização do hospital e cujo uso não acarretará em complicações ao tratamento. Em âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário. Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico fármaco terapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de da mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas:

- Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente).
- O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

#### **IMPORTANTE:**

- Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.
- Nos pontos de transição, especialmente 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, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

### **5.1.9 Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância**

Esta Fundação possui uma lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

### 5.1.10 Suporte eletrônico para prescrição

É de uso obrigatório a utilização do programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que está à disposição nesta Fundação e que fornece minimamente informações sobre:

- Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito;
- Interações medicamentosas clinicamente significativas;
- Alergias;
- Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

#### **IMPORTANTE:**

- Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas.
- Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar “0” em “8”, aumentando, assim, a possibilidade de erros.
- Quando se implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digítadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema.

### 5.1.11 Outras informações importantes para a prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica.

Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Caso exista a suspeita de **reações adversas a medicamentos** ou a **ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial**, estes **devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos deste estabelecimento de saúde**.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros.

As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

## 5.2 Procedimento operacional padrão da prescrição por via de administração

Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e completas, em cada item prescrito.

Em prescrições eletrônicas, recomenda-se que o cadastro do medicamento permita somente a prescrição das vias de administração descritas na literatura e pelo fabricante, o que aumenta a segurança, impedindo administração por via errada.

Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir:

<b>ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>
<b>USO ORAL</b>
<b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso</b>
Exemplo: Captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.
<b>USO TÓPICO</b>
<b>Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso</b>
Exemplo: Sulfadiazina de prata 1%. Após a limpeza da lesão de acordo com a orientação médica, aplicar uma camada de Dermazine® creme e cobrir com um curativo. Realizar o procedimento 01 vez ao dia.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## USO ENDOVENOSO

**Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso**

Exemplo: Anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. Infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.

## USO INTRAMUSCULAR

**Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso**

Exemplo:

Intramuscular com diluição: Ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h;

Intramuscular sem diluição: Vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.

## USO SUBCUTÂNEO

**Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso**

Subcutâneo sem diluição: Heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h

## USO INTRATECAL

**Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso**

Uso Intratecal com diluição: Citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. **Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.**

## USO INALATÓRIO





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

**Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.**

Exemplo: Bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerossol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

### 5.3 Monitoramento e indicadores para prescrição segura de medicamentos

O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso;

As prescrições devem ser revisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas;

**Os erros de prescrição devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.**

#### 5.3.1 Indicador

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos.
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos prescritos com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<p><b>Nº de medicamentos prescritos com erro:</b> são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contra indicadas.</p> <p><b>Nº total de medicamentos prescritos:</b> são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.</p>





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

<b>Fonte de Informação</b>	Prescrição (eletrônica, pré-digítada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
<b>Coleta de dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
<b>Observações</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, estes poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador.
<b>Responsável</b>	Farmacêutico.

### 5.3.2. Práticas seguras para distribuição de medicamentos

Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- ✓ Coletivo;
- ✓ Individualizado;
- ✓ Misto;
- ✓ Dose unitária;
- ✓ Sistema automatizado.

O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros.

O sistema adotado pela FCECON é o Misto que caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado coexistindo:

**Sistema Individualizado** – é utilizado nas unidades de internação, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição;

**Sistema Coletivo:** é utilizado nos serviços de radiologia, endoscopia, urgência, ambulatorios, entre outros, mediante requisição.

Importante: O Sistema misto mantém riscos elevados associados à distribuição coletiva.

Nas unidades de internação são estocados apenas os medicamentos para atendimento de emergências e as doses necessárias para suprir as 24 horas de tratamento dos pacientes. Nesse sistema, os medicamentos também poderão ser dispensados por





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

horário de administração, reduzindo a quantidade e variedade de medicamentos nas unidades de internação.

## 6.1 Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

### 6.1.1 Itens de verificação para a distribuição segura de medicamentos

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve:

- Ser reservado;
- Contar com fluxo restrito de pessoas; e
- Ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento; e
- Identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

## **6.1.2 Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento**

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

### **a) Restrição de acesso**

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

### **b) Procedimento Operacional**

A farmácia possui procedimento operacional atualizado que contempla a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica.

O processo de dispensação de medicamentos possui procedimento operacional padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

### **c) Boas Práticas de Armazenamento**

A farmácia segue as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possui padrões atualizados que definem regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo:





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

**LAMI**vudina;

**ZIDO**vudina.

#### **d) Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ambulatorial**

É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as unidades de saúde a fim de evitar erros, seguindo as boas práticas de distribuição de medicamentos.

Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;

Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros;

Quando necessário manter estoques de medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, estes deverão ser corretamente identificados, diferentemente dos demais;

O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termo lábeis;

Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

#### **6.1.3 Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição**

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ou à manipulação da formulação prescrita, verificando-se a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando for o caso, sendo checados e assinados pelo farmacêutico.

Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como:





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- Triagem para duplicidade terapêutica;
- Alergias;
- Interações medicamentosas;
- Intervalos de dose adequados;
- Alerta para doses superiores às máximas;
- Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

Fontes de ruídos e distrações devem ser reduzidas (conversas) e eliminadas (televisão, música, uso de telefones celulares e fixos) no momento da análise e dispensação dos medicamentos e o ambiente de dispensação deve ser restrito a essa atividade.

Preconiza-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde.

Em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

Deve-se elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

A dispensação deve ser restringida por meio de ordem verbal exclusivamente para situações de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo à dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

## **6.2 Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos**

Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis;





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos:
  - ✓ Dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;
- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;
- Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição;
- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;
- Verificar se as prescrições existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;
- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;
- O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância;
- Para a dispensação ambulatorial, realizar orientação e aconselhamento do paciente previamente à dispensação dos medicamentos, objetivando identificar e interceptar erros. Ao dispensar medicamentos para o paciente, conferir e identificá-los, especialmente aqueles de embalagem semelhante, usando identificadores que possam diferenciá-los, como, por exemplo, cores diferentes;
- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas.
- Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal.
- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação;
- A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia deste estabelecimento de saúde.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 6.3 Monitoramento e indicadores para a dispensação segura

A farmácia deve registrar e notificar erros de dispensação ao Núcleo de Segurança do Paciente.

### 6.3.1 Indicador

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente.
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos dispensados com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos dispensados}} \times 100$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<p><b>Nº de medicamentos dispensados com erro de omissão, concentração/forma farmacêutica erradas ou medicamento errado.</b> São erros de <b>omissão</b> quando o medicamento é prescrito, mas nenhuma dose (unidade) é dispensada ou o número de doses dispensadas é menor que o prescrito. São erros de <b>concentração/forma farmacêutica</b> quando o medicamento é dispensado em concentração diferente (maior ou menor) ou forma farmacêutica diferente daquela prescrita. O erro chamado <b>medicamento errado</b> ocorre quando prescrito um medicamento e dispensado outro, podendo estar associado a medicamentos com nome ou pronúncia similares, sendo possível a troca no momento da dispensação</p> <p><b>Nº total de medicamentos dispensados:</b> todos os medicamentos dispensados em determinado período de tempo</p>
<b>Fonte de informação</b>	Prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual)





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

<b>Coleta de dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos dispensados e dos medicamentos dispensados com <b>erro de omissão, concentração, forma farmacêutica e medicamento errado</b>
<b>Observações</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, este poderão ser preparados para emitirem relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador
<b>Responsável</b>	Farmacêutico

## 7. Práticas seguras na administração de medicamentos

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica.

A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos foi apresentada em estudo realizado em 2006 em quatro hospitais brasileiros, tendo sido evidenciado que 1,7% dos medicamentos administrados foi diferente dos medicamentos prescritos; 4,8% das doses administradas diferiam das prescritas; 1,5% dos medicamentos foi administrado em vias diferentes das prescritas; 0,3% dos pacientes recebeu medicamentos não autorizados ou não prescritos; quase 2,2% dos medicamentos foram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora depois do prescrito. A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar:

- A ação;
- As interações; e
- Os efeitos colaterais.

### 7.1 Intervenções

#### 7.1.1 Itens de verificação para administração segura de medicamentos





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos e, mais recentemente, foram introduzidos mais dois certos, configurando-se em “os sete certos na administração de medicamentos”:

I. Paciente certo;

II. Medicamento certo;

III. Via certa;

IV. Hora certa;

V. Dose certa;

**Foram incluídos:**

VI. Documentação certa (Registro certo); e

VII. Razão.

Recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

## **I. Paciente certo**

Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.

Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional, tal como: “Por favor, diga-me o seu nome completo?” Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao:

- Nome identificado na pulseira;
- Nome identificado no leito;
- Nome identificado no prontuário.

**Importante:** caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, associar pelo menos mais dois identificadores diferentes.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Outra estratégia que auxilia a evitar a administração de medicamentos ao paciente errado, é existir norma interna do estabelecimento de saúde que evite, dentro do possível, que **dois pacientes** com o **mesmo nome** fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

## II. Medicamento certo

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 pulseira e avisoem 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.

**Importante:** alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

## III. Via certa

Identificar a via de administração prescrita.

Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.

Lavar as mãos antes do preparo e administração do medicamento.

Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa.

Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipamentos, e outros).

Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.

Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento.

Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

**Importante:** Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos, deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

#### IV. Hora certa

Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.

Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.

A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

#### V. Dose certa

Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.

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.

Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.

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.

Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.

Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

**Importante: Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

## VI. Registro certo da administração

Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.

Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.

Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

## VII. Orientação correta

Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

## VIII. Forma certa

Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.

Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.

Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

## IX. Resposta certa





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.

Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.

Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.

Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas diferentes do padrão usual.

Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

### 7.1.2 Intervenções específicas

Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.

**REMOVER** do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.

Deverão permanecer nas unidades de internação **APENAS** os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.

### 7.2 Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos

Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa.

Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.

Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.

Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.

Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.

Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem.

Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.

Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor.

Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro.

Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.

Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.

Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).

Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão.

Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.

Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.

Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico.

Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.

A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.

Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contra-indicações, precauções de uso, preparo e administração.

Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.

Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais.

Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções.

Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos.

**Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.**

Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente.

Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).

Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal.

Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.

Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.

Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração.





## 7.3 Monitoramento e indicador para a administração segura de medicamento

Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

### 7.3.1 Indicador

**Nome do indicador:** Taxa de erros na administração de medicamentos.

**Objetivo do indicador:** Monitorar a ocorrência de erros na atividade de administração de medicamentos para atendimento ao paciente.

**Fórmula:**  $\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos administrados com erro de omissão}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos administrados}} \times 100$

$\text{n}^\circ$  total de medicamentos administrados

**Periodicidade mínima de verificação:** Mensal.

**Explicação da fórmula:**

**Nº de medicamentos prescritos, mas não administrados (erro de omissão):** são os itens prescritos mas não administrados (checados).

**Nº total de medicamentos administrados:** todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.

**Fonte de Informação:** Registros de enfermagem na prescrição médica ou odontológica (eletrônica, transcrita ou manual).

**Coleta de dados:** Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos prescritos mas não administrados dividido pelo número total de medicamentos prescritos. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.

**Responsável:** Enfermeiro.

## 7.4 Estratégias de monitoramento e indicadores gerais para o uso seguro de medicamentos

O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em procedimentos operacionais padrão, atualizados e divulgados para os profissionais do estabelecimento de saúde.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente.

O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos.

O estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo de segurança na prescrição, uso e Administração de medicamentos. Disponível em: <  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranc-a-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ANEXO IV

## PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

### 1. FINALIDADE

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

### 2. ABRANGÊNCIA

Entende-se por **Ponto de Assistência**, o local onde três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente). O protocolo deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Os produtos de higienização das mãos estão localizados nas enfermarias, próximo às pias de preparo de medicamentos, banheiros e confortos .

O produto mais comumente disponível é a preparação alcoólica para as mãos, que está em dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama, nos carrinhos de curativos / medicamentos levados para o ponto de assistência, podendo também ser portado pelos profissionais em frascos individuais (almotolias)

#### Definição

“Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antisepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

**2.1. Higiene simples das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

**2.2. Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

**2.3. 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.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

**2.3.1. Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida:** preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

**2.3.2. 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 micro-organismos.

### 3. INTERVENÇÕES

#### 3.1. Momentos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: “Meus cinco momentos para a higiene das mãos”.

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

##### 3.1.1. Antes de tocar o paciente

##### 3.1.2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico

- a) Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
- b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.

##### 3.1.3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções

- a) Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.
- b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
- c) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

##### 3.1.4. Após tocar o paciente

- a) Antes e depois do contato com o paciente
- b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas



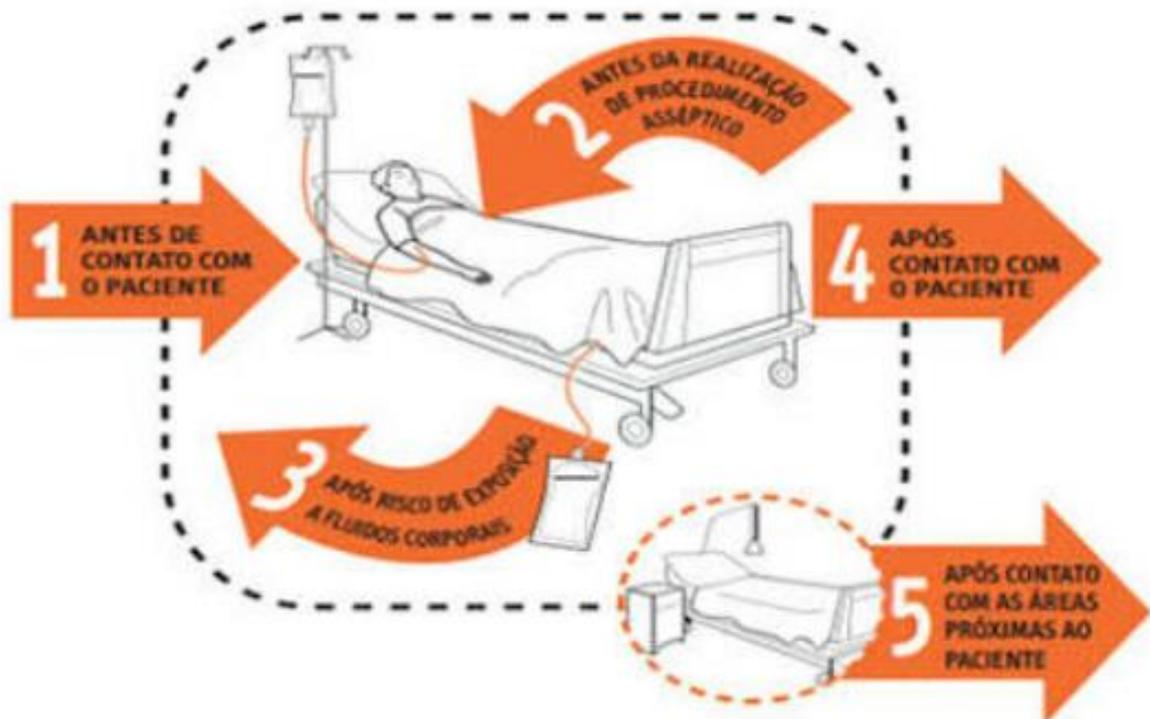


# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

### 3.1.5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

- Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente
- Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas



FONTE: Organização Mundial da Saúde

## 3.2. Recomendações

### Recomendações para a higiene das mãos

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 outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*;
  - Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.
- b) Higienizar as mãos com preparação alcoólica**
- Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas;
  - Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos; Obs. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II).

## 4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

### 4.1. Higienização simples: com sabonete líquido e água

#### 4.1.1. Finalidade

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

#### 4.1.2. Duração do procedimento

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

#### 4.1.3. Técnica

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos a seguir:

1. Molhe as mãos com água;
2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
3. Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais;
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
8. Fricção as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Enxague bem as mãos com água;
10. Seque as mãos com papel toalha descartável

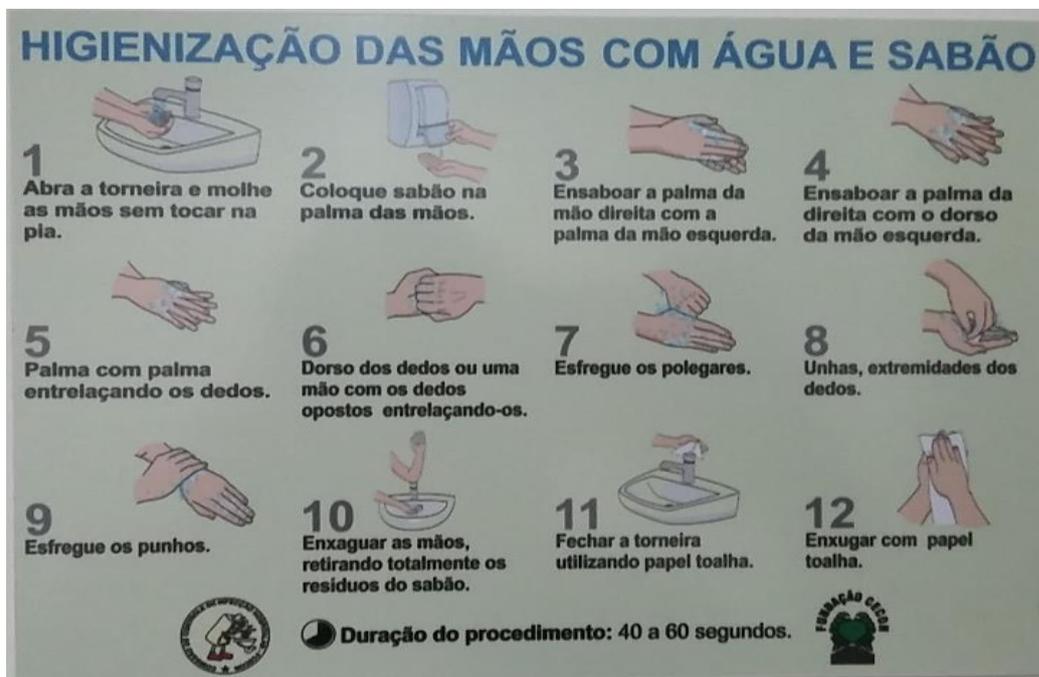




# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

11. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha;
12. Agora as suas mãos estão seguras.



(Foto: Arquivo pessoal)

## 4.2. Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água

### 4.2.1. Finalidade

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

### 4.2.2. Duração do procedimento

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

### 4.2.3. Técnica

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

## 4.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

### 4.3.1. Finalidade





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

#### 4.3.2. Duração do procedimento

A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

#### 4.3.3. Técnica

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

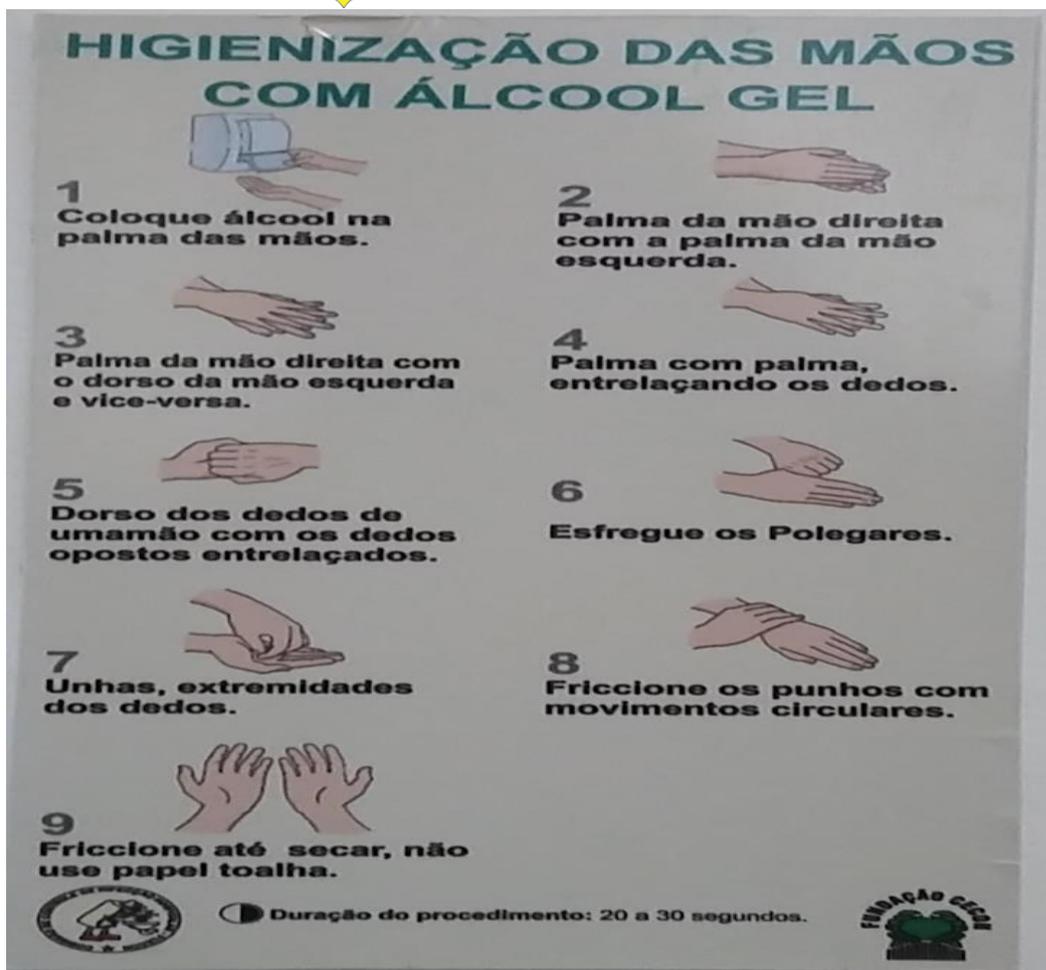
1. Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
2. Friccione as palmas das mãos entre si;
3. Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
4. Friccione a palma 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 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.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO



(Foto: Arquivo pessoal)

## 5. CUIDADOS ESPECIAIS

### 5.1. 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 micro-organismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de micro-organismos 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;





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- 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;

## **5.2. Cuidados com a pele das mãos**

### **5.2.1. Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração 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 entalçadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- o uso de cremes de proteção para as mãos ajudam a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

### **5.2.2. Os seguintes comportamentos devem ser 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.

### **5.2.3. Os seguintes princípios devem ser seguidos:**

- Enxaguar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete antisséptico;
- 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).





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. 2013. Disponível em <[https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos?category\\_id=176](https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos?category_id=176)>. Acesso em 17.07.2017
2. 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.**
3. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ANEXO V

## **PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO**

### **1. FINALIDADE**

Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele, seguindo as normas preconizadas pela Anvisa e Ministério da Saúde, aplicando a Escala de BRADEN na SAE.

### **2. JUSTIFICATIVA**

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

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de 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 às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.
- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%.

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





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

### 3. ABRANGÊNCIA (ÂMBITO, PONTO DE ASSISTÊNCIA E LOCAL DE APLICAÇÃO)

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 ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

### 4. DEFINIÇÃO

**4.1. Lesão por pressão** é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

**4.2. Cisalhamento:** deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças Cortantes.

**4.3. Estadiamento de LPP:** classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

#### **Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece**

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**

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





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

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, queimaduras, abrasões).

### **Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total**

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**

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.

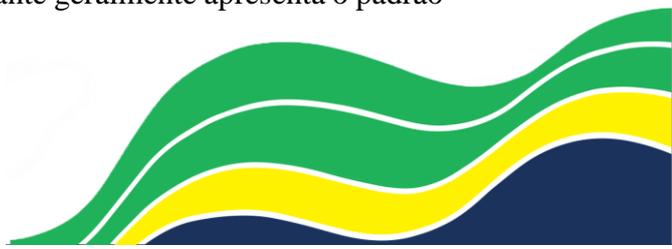
### **Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.**

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 Dispositivo Médico**

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

## **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas**

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

## **5. INTERVENÇÕES**

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

### **ETAPA 1**

#### **5.1. Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes**

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

##### **5.1.1. A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;**

##### **5.1.2. A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.**

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, 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).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden pediátrica.

### **ETAPA 2**

#### **5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados**

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

## ETAPA 3

### 5.3. Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

## ETAPA 4

### 5.4. Manejo da Umidade: 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. 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.

## ETAPA 5

### 5.5. Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. 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.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

## ETAPA 6

### 5.6. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. 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 LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem avaliar os pacientes no pré-operatório, que passarão por procedimentos cirúrgicos prolongados e realizarem a colocação de placa de hidrocolóide na região sacra e trocanteres; no intraoperatória, deverão realizar mudança de decúbito ou descompressão, sempre que possível e no pós-operatório aplicar a escala de Braden.

#### a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

I. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.

II. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global,





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.

III. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

IV. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

V. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

VI. 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.

VII. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

VIII. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

IX. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

## **b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento**

I. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

II. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

III. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

IV. 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.

**Observação:** Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

## c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

### I. Uso de colchões na prevenção de LPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesões por pressão.

### II. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).
- Os dispositivos de prevenção de LPP 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.

*Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.*

### III. Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada

- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

## 5.7. Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

#### **5.7.1. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).**

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

#### **5.7.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).**

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

#### **5.7.3. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).**

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

#### **5.7.4. Risco muito alto ( $\leq 9$ pontos na escala de Braden).**

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

## **6 – NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE LPP**

- No caso de o paciente desenvolver LPP, realizar medidas de tratamento conforme classificação do estágio da Lesão;
- Orientar paciente e familiares quanto as medidas preventivas para não agravar o estágio da lesão;
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de LPP e a conduta realizada;
- Notificação para o enfermeiro plantonista e preenchimento do Formulário de Incidentes/Eventos Adversos para o Núcleo de Segurança do Paciente que fica na pasta do setor.
- Em caso de LPP estágio 3 e/ou estágio 4 encaminhar a notificação de eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente localizado no 3º andar em até 48h.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 7 – INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE LPP

- Dados gerais do paciente contendo (Nome completo, SAME, data de nascimento, data da internação, setor...);
- Descrever como ocorreu o incidente/evento adverso;
- Período do dia em que ocorreu o incidente/evento adverso;
- Local, estágio e tratamento utilizado na LPP;
- Condições clínicas do paciente que favoreceram o desenvolvimento da LPP;
- Fatores que predisõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Registro da avaliação / conduta médica após a identificação da LPP;
- Consequências da LPP;
- Prorrogação no tempo de permanência do paciente, devido à LPP.

## 8. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

8.1. Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.

8.2. Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para LPP.

8.3. Incidência de LPP.

8.4. Prevalência de pacientes com LPP

8.5. Percentual de Pacientes Avaliados para Risco de Lesão por Pressão Quando Admitidos na Unidade (Coleta Quinzenal)

8.6. Percentual de Pacientes de Risco Recebendo Cuidado Preventivo Adequado para Lesão por Pressão (Coleta Quinzenal)

8.7. Percentual de Pacientes Recebendo Avaliação Diária para Risco de Lesão por Pressão (Coleta Quinzenal)





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 9. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em 17.07.2017

2. Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO - CONSENSO NPUAP 2016 - ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em 17/07/2017





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 10. ANEXOS DO PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO

### A. ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN				
<b>SENSIBILIDADE:</b> Capacidade de sentir significativamente a pressão relacionada ao decúbito.	<b>1. TOTALMENTE LIMITADO:</b> Não responde a qualquer estímulo de pressão e não se movimenta a nenhum decúbito, devido ao nível de consciência reduzido, ou incapacidade física de sentir a dor na maior parte do corpo.	<b>2. MUITO LIMITADO:</b> Resposta fraca a estímulo doloroso. Não é capaz de orientar o decúbito sem auxílio através de dispositivos ou ajudantes. Cujas ações físicas são limitadas que limitam a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. LEVEMENTE LIMITADO:</b> Responde ao estímulo verbal, mas não sempre expressa necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de dificuldade sensorial para sentir a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. NENHUMA LIMITAÇÃO:</b> Resposta aos comandos verbais. Há plena capacidade de sentir o desconforto relacionado à pressão.
<b>UMIDADE:</b> Nível de umidade da pele e presença de úlcera de pressão.	<b>1. COMPLETAMENTE MOLHADO:</b> A pele é molhada e molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada em movimentações do decúbito.	<b>2. MUITO MOLHADO:</b> A pele está frequentemente, mas não sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	<b>3. OCASIONALMENTE MOLHADO:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca entre de roupa de cama por dia.	<b>4. NENHUMA MOLHADO:</b> A pele fica ocasionalmente molhada durante o dia, embora distúrbios muito curtos, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.
<b>ATIVIDADE:</b> Grau de atividade física.	<b>1. ACAMADO:</b> Confinado à cama.	<b>2. CONFINADO À CADEIRA:</b> A capacidade de andar está seriamente prejudicada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso sem precisar ser ajudado a se levantar.	<b>3. ANDA OCASIONALMENTE:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distúrbios muito curtos, com ou sem ajuda.	<b>4. ANDA FREQUENTEMENTE:</b> Anda por dia a partir do quarto pelo menos uma vez e cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
<b>MOBILIDADE:</b> Capacidade de mudar a posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>1. TOTALMENTE IMÓVEL:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. MANTENHA LIMITADO:</b> Faz pequenas mudanças posicionais na posição do corpo ou extremidades, mas a capacidade de fazer mudanças frequentes ou significativas é limitada.	<b>3. LEVEMENTE LIMITADO:</b> Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO:</b> Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem ajuda.
<b>NUTRIÇÃO:</b> Estado da última refeição consumida.	<b>2. MUITO POBRE:</b> Nenhuma comida ou bebida consumida. Alimentação por sonda ou enteral por mais de 7 dias. Alimentação por sonda ou enteral por mais de 14 dias. Ingestão por sonda ou enteral por mais de 21 dias. Alimentação por sonda ou enteral por mais de 28 dias.	<b>3. PROBABILMENTE INADEQUADO:</b> Alimentação como uma refeição completa e geralmente como cerca de metade da ingestão recomendada. A ingestão de proteínas ficou abaixo de 1 porção de carne e proteína por dia. O consumo de líquidos ficou abaixo de 1 porção de leite ou equivalente satisfatória de leite líquido ou alimentação por sonda.	<b>3. ADEQUADO:</b> Come mais de metade de maioria das refeições. Come em pelo menos 2 porções de alimentos por dia. Consumo adequado de líquidos. Mas geralmente necessita um complemento alimentar. Ou de suplemento por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o que geralmente resulta a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. EXCELENTE:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca require uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de comida por dia. Não necessita de suplemento alimentar.
<b>FRICÇÃO E CIBALHAMENTO:</b>	<b>1. PROBLEMA:</b> Requer assistência moderada a máxima para mover-se dentro do leito ou quando se levantar. O tempo para levantar do leito é mais de 5 minutos. Frequentemente escorrega no cama quando se levanta. Frequentemente necessita de assistência para se levantar.	<b>2. PROBLEMA EM POTENCIAL:</b> Move-se sozinho, mas requer alguma assistência para se levantar. O tempo para levantar do leito é mais de 5 minutos. Frequentemente necessita de assistência para se levantar. Frequentemente necessita de assistência para se levantar. Frequentemente necessita de assistência para se levantar.	<b>3. SEM PROBLEMA:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente quando o momento. Sem necessidade de assistência para se levantar.	

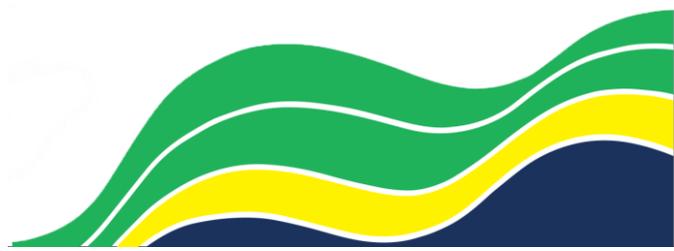
# RISCO BAIXO 15-18 PONTOS # RISCO MODERADO 13-14 PONTOS # RISCO ALTO 10-12 PONTOS # RISCO MUITO ALTO ≤ 9 PONTOS

Fonte: Arquivo da Campanha de Lesão por pressão da FCECON.

### B – PLACAS PARA RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO



Fonte: Arquivo da Campanha de Lesão por pressão da FCECON.

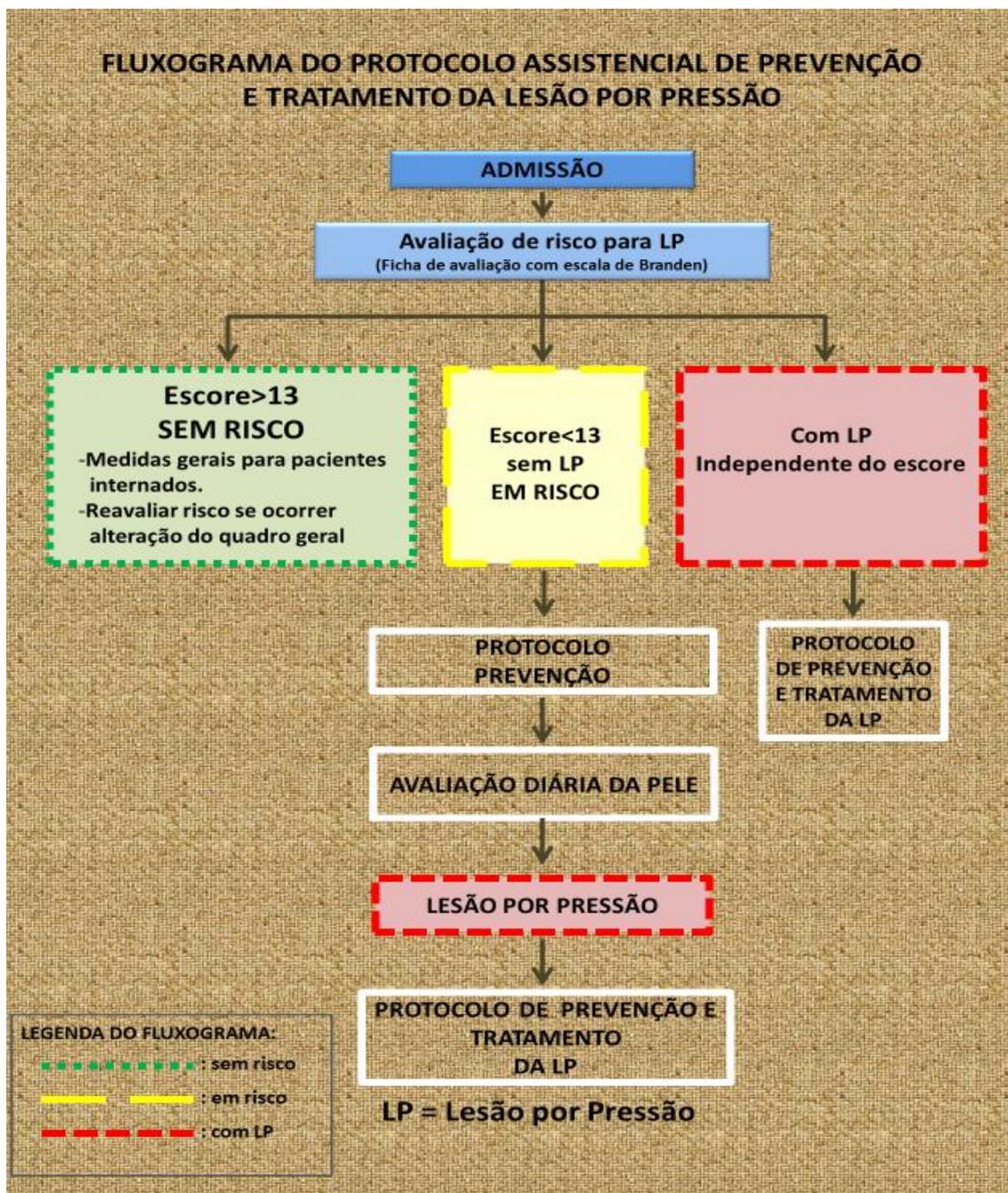




# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## C – FLUXOGRAMA PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

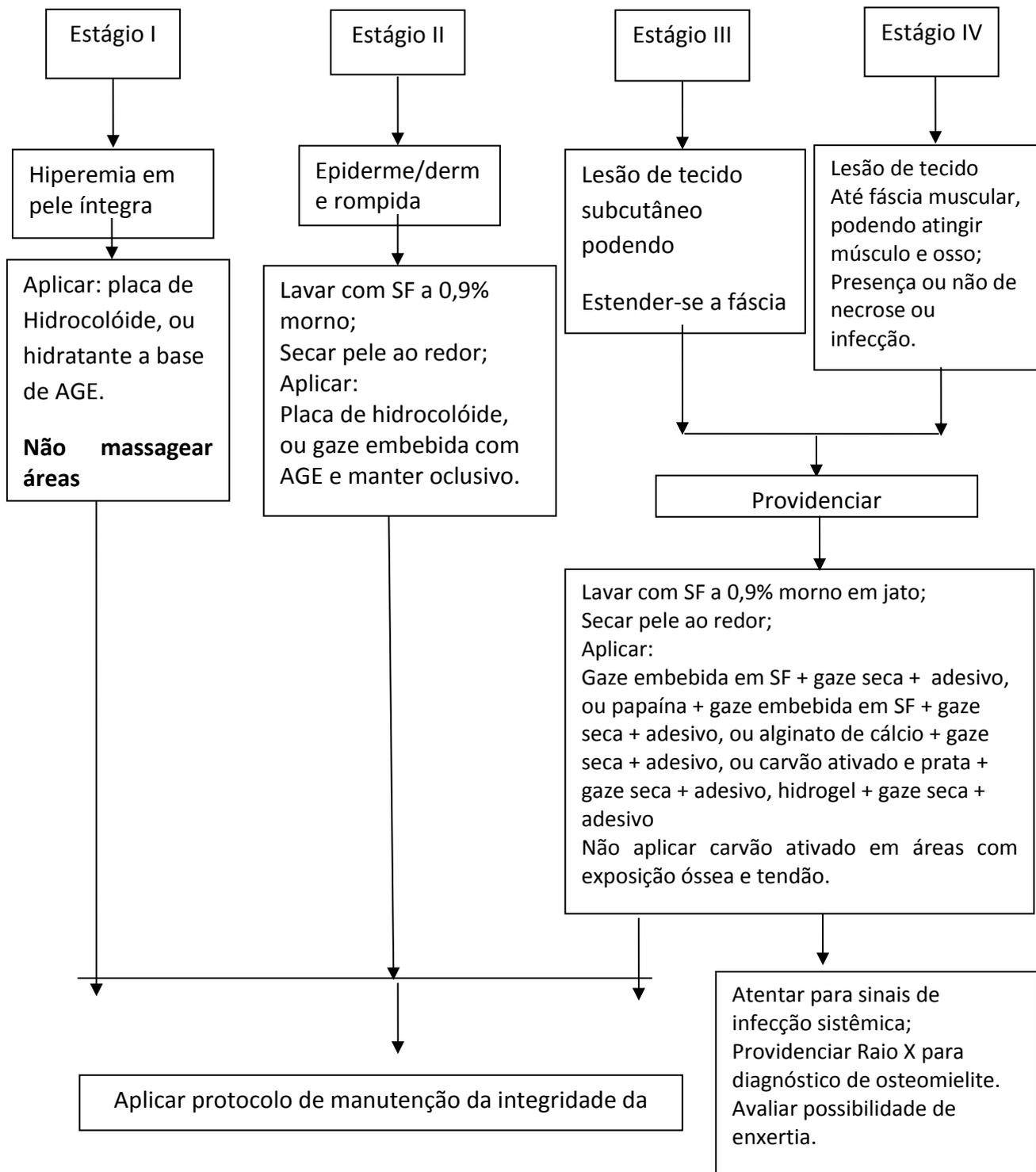




# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## D. FLUXOGRAMA PARA TRATAMENTO DE LPP





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## E – Folder “Orientação Para Pacientes e acompanhantes”

### LESÃO POR PRESSÃO

#### O QUE É?

É um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma saliência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa.



#### PESSOAS COM RISCO DE DESENVOLVER LESÃO POR PRESSÃO

- Com mobilidade reduzida;
- Com incontinência urinária;
- Com perda de sensibilidade;
- Com desnutrição.

#### PREVENÇÃO

- Quando colocar o paciente de lado, apoiar travesseiros entre as pernas para diminuir a pressão entre os joelhos e os pés;

#### REPOSICIONAR



Reposicionar a pessoa acamada frequentemente mantendo a posição de 30 graus (Figura 1.2.1.3)

Mantenha os joelhos ligeiramente flexionados



- Fazer uso de hidratantes corporais todos os dias e de preferência após o banho;
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas ósseas ou áreas avermelhadas;
- Mudar a posição do paciente a cada 02 horas, sempre observando a pele. Se houver alguma alteração, comunicar a equipe;

- Quando colocar o paciente sentado na própria cama, apoiar travesseiros por baixo dos joelhos e apoiando os braços, dessa maneira evita que o paciente escorregue ou tombe para o lado;
- Atenção com os calcanhares: apoiar um travesseiro por baixo das pernas, deixando os pés livres sem encostar no colchão.



- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## ANEXO VI

### PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

#### 1. FINALIDADE

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

#### 2. ABRANGÊNCIA

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos servidores e colaboradores de assistência à saúde da FCECON e incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste estabelecimento, abrangendo o período total de permanência do paciente seja por internação hospitalar, emergencial ou ambulatorial.

#### 3. JUSTIFICATIVA

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predis põem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal. Além disso, podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência. Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

#### 4. DEFINIÇÃO:

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

#### 4.1. Tipos de Quedas:

- Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;
- Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Paciente escorrega de uma cadeira/ poltrona/vaso sanitário/leito para o chão.

#### 4.2. Fatores que predisõem a queda:

Os principais fatores predisponentes ao risco de queda relacionado aos clientes atendidos na instituição são divididos em:

##### *Sócio Demográfico*

- Crianças
- Idade  $\geq$  65 anos
- Sexo Feminino – maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose.





## ***Psico – Cognitivos***

- Declínio Cognitivo

## ***Condições de Saúde/ Doenças Crônicas***

- A V C prévio
- Tontura
- Hipotensão Postural
- Baixo índice de massa corpóreo
- Anemia
- Insônia
- Incontinência ou urgência miccional
- Artrite/ Osteoartrose
- História prévia de quedas

## ***Funcionalidade***

- Dificuldade de desenvolvimento das Atividades da Vida Diária (AVD)
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha
- Inatividade

## ***Comprometimento Sensorial***

- Comprometimento visual

## ***Equilíbrio Corporal***

- Marcha e mobilidade alteradas

## ***Uso de medicações***

- Benzodiazepínicos
- Antiarrítmicos
- Anti-histamínicos
- Antipsicóticos
- Antidepressivos
- Digoxina
- Diuréticos
- Laxativos
- Relaxantes musculares
- Vasodilatadores

## **5 – AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS**

### **5.1 – Pacientes Internados:**

O preenchimento do formulário de avaliação de risco de queda será realizado pelo enfermeiro, nas primeiras 24 horas de internação. O grau de risco de queda será conforme a presença de fatores predisponentes identificados, tais como:





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- Criança  $\leq$  5 anos;
- Idoso  $\geq$  60 anos sem acompanhantes;
- Uso de diuréticos e laxantes (causadores de urgências urinárias e intestinais);
- Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, delírio, demência, parestesia e plegia);
- Dificuldade de marcha; Déficit sensitivo (visão, audição e tato);
- Alteração do nível de consciência e Indicador de repouso no leito por resultados laboratoriais.

**A equipe deverá proceder da seguinte maneira:**

- Preencher a Escala de Morse na SAE aos pacientes em risco de queda.
- Pacientes e/ou familiares deverão ser orientados pela equipe de enfermagem, sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas identificadas individualmente.
- O enfermeiro deverá entregar o folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e colocar-se a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que posteriormente venha a surgir.
- Todos os pacientes internados, independentemente do Grau de Risco para Queda (Alto ou Baixo) devem ser reavaliados semanalmente, até a alta ou sempre que um fator predisponente seja identificado para os pacientes de baixo risco de queda.
- Pacientes e/ou familiares devem assinar a avaliação da Escala de Morse na SAE, em local específico, de acordo com a semana que está ocorrendo a avaliação ou reavaliação, declarando ciência do grau do risco de queda, da necessidade do cumprimento das medidas preventivas e do recebimento, no momento da 1ª Avaliação do folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar.
- O enfermeiro que realizou o preenchimento da Escala de Morse, deverá assinar em local específico, de acordo com a semana que está ocorrendo a avaliação ou reavaliação e colocar sua matrícula institucional.
- O enfermeiro deverá colocar acima da cabeceira da cama do paciente, placa de Identificação de Risco para Queda (IRQ) para alertar toda a equipe multidisciplinar.
- No caso de crianças, o símbolo da placa de IRQ indica a necessidade de acompanhante. Para pacientes adultos, o símbolo da placa de IRQ indica restrição de deambulação desacompanhado, alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem.
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Alto Risco para Queda.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 5.2 – Pacientes Externos:

A avaliação de Risco para Queda em pacientes externos deverá ser realizada através dos seguintes fatores predisponentes:

- Criança  $\leq$  5 anos;
- Idoso  $\geq$  60 anos sem acompanhantes;
- Dificuldade de marcha, déficit sensitivo (visão, audição e tato);
- Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, ataxia, delírio, demência, paresia, parestesia e plegia);
- Alteração do nível de consciência e uso de medicação que altera o sistema nervoso central (sedação, opióides e outros).

### A equipe deverá proceder da seguinte maneira:

- Receber o cliente de acordo com a rotina do setor;
- Identificar pacientes com risco de queda através de lista de fatores predisponentes disponíveis no setor;
- Carimbar prescrição ou solicitação de exames ou procedimentos com o alerta para pacientes com risco de queda;
- Orientar clientes e/ou familiares sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para risco de queda;
- Colocar na unidade do cliente a placa de IRQ para alertar toda a equipe multidisciplinar;
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Alto Risco para Queda.

## 6 - MEDIDAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO

- Entregar na admissão do paciente, o folder de orientação de Prevenção de Queda e realizar orientação ao paciente e acompanhante;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante quando necessário;
- Orientar a família sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente possa permanecer sem acompanhante;
- Identificar o leito ou unidade com placa de risco de queda;
- Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, entre outros);
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas;
- Manter as grades de proteção elevadas;
- Manter a área de circulação das enfermarias e corredores livre de móveis e utensílios;





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar ao paciente e familiares a utilizar a luz de cabeceira durante à noite);
- Orientar o uso de calçados antiderrapantes;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Orientar para que o paciente não se levante subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos;
- Registrar as ações de prevenção de quedas de caráter individualizado na prescrição de enfermagem.
- Registrar medidas preventivas de caráter individualizado na prescrição de enfermagem

## **7 – NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA**

- No caso de ocorrer queda, colocar paciente no leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico;
- Solicitar avaliação médica;
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda e a conduta médica;
- Notificação para a chefia de enfermagem do setor, no Formulário de Eventos/Incidentes Adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente.

## **8 – INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS**

- Risco de queda: identificação na admissão;
- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Local da queda;
- Como ocorreu a queda;
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;
- Fatores que predisõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Medicações em uso;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda;
- Consequências das quedas;
- Causas das quedas;
- Prorrogação no tempo de permanência do paciente, devido à queda.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 9 - INDICADORES

- Percentual de Pacientes com Avaliação de Risco de Queda Realizada na Admissão na Unidade.
- Prevalência de queda com dano.
- Percentual de Adesão às Medidas de Prevenção de Quedas Conforme Protocolo Institucional.
- Taxa de quedas na Unidade Piloto
- Prevalência de quedas

## 10. BIBLIOGRAFIA

PERRACINE, M. P. Prevenção E Manejo de Quedas no Idoso. Portal Equilíbrio e Queda Em Idosos. Disponível em: <[HTTP: //pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas](http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas)>. Acesso em : 10 jan. 2010.

PROTOCOLO de Prevenção de Quedas. ProQualis. Disponível em: [HTTP://proqualis.net/quedas/](http://proqualis.net/quedas/). Acesso em 10 jan.2010.

MARIN, H.F.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 27-32, julho 2000.

Paiva, M.C.M.S et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de efeitos adversos. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-8, 2010.

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.**

Sociedade Hospital Samaritano. **Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas.** São Paulo (S); 2013.





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## 11. ANEXOS DO PROTOCOLO DE QUEDAS

### A - ESCALA DE MORSE

<i>Morse Full Scale - Versão original</i> <sup>13</sup>	<i>Morse Full Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
<b>1. History of falling</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>1. Histórico de quedas</b> Não Sim	0 25
<b>2. Secondary diagnosis</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>2. Diagnóstico Secundário</b> Não Sim	0 15
<b>3. Ambulatory aid</b> <i>None/Bed read/Nurse assist</i> <i>Crutches/Cane/Walker</i> <i>Furniture</i>	<b>3. Auxílio na deambulação</b> Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas/Bengala/Andador Mobiliário/Parede	0 15 30
<b>4. Intravenous Therapy/Heparin lock</b> <i>No</i> <i>Yes</i>	<b>4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b> Não Sim	0 20
<b>5. Gait</b> <i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i> <i>Weak</i> <i>Impaired</i>	<b>5. Marcha</b> Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas Fraca Comprometida/Cambaleante	0 10 20
<b>6. Mental status</b> <i>Oriented to own ability</i> <i>Overestimates/forgets limitations</i>	<b>6. Estado Mental</b> Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/Esquece limitações	0 15

#### Classificação de risco:

0 -24 pontos= risco baixo

25-44 pontos= Risco Moderado

≥ 45 pontos= Risco Alto

### B – Placas Para Prevenção De Queda





# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## C – Folder “Orientação Para Pacientes e acompanhantes”

### PROTOCOLO DE QUEDA

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, etc.), incluindo vaso sanitário.

#### PACIENTES COM RISCO DE QUEDA:

- Crianças menores de 5 anos e idosos com idade igual ou acima de 65;
- Mulheres;
- Pessoas que já sofreu derrame;
- Tontura;
- Pessoas de baixo peso;
- Pessoas com anemia;
- Pessoas com dificuldade de urinar;
- Artrite/ Osteoartrite;
- Pessoas que já caíram antes;
- Necessidade de uso de material de apoio para se locomover;
- Pessoas com problemas de visão;
- Uso de medicamentos como: sedativos, para o coração, anti-aldérgicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares.



### O QUE É NECESSÁRIO FAZER PARA PREVENIR QUEDA?

#### Paciente:

- Utilize calçados adequados (que não deslizem);
- Não vá ao banheiro sozinho, solicite ajuda do acompanhante ou do profissional;
- Redobre a atenção ao descer ou subir na cama usando a escadinha, pois ela pode escorregar e levar a queda;
- Utilize a campainha se precisar de ajuda.

#### Acompanhante:

- Comunique a enfermagem ao sair do quarto;
- Nunca deixe o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho (sempre solicite ajuda da enfermagem);
- Avise o profissional de saúde ou a equipe de limpeza caso o piso esteja molhado;
- Mantenha a cama com as rodas travadas e as grades de proteção elevadas;
- Mantenha acesa a luz do banheiro durante o período noturno.

### O QUE FAZER EM CASO DE QUEDA?

- Colocar o paciente no leito;
- Comunicar o profissional de enfermagem do plantão para avaliação e condutas;
- Solicite ao profissional que notifique a queda ao Núcleo de Segurança do Paciente.

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO AMAZONAS- FCECON  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR- CCIH  
COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE - CCP

Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas



Orientações aos  
pacientes e  
acompanhantes

## D. Carimbo De Alerta Para Risco De Queda





**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

**Fundação Centro de Controle de Oncologia  
do Estado do Amazonas – FCECON**  
Rua Francisco Orellana nº 215 – Planalto  
Fone (92) 3655-4600 – Fax (92) 3655-4762  
Manaus – Am CEP:69040-010  
[www.fcecon.am.gov.br](http://www.fcecon.am.gov.br)

Fundação  
**CECON**

