

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Anexo 01: PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE*

***Protocolo elaborado pela equipe técnica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-
ANVISA**

Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz

02/04/2013

HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Finalidade

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

2. Abrangência

O protocolo em questão deverá ser aplicado em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde que prestam cuidados à saúde, seja qual for seu nível de complexidade, no ponto de assistência. Entende-se por **Ponto de Assistência** o local onde três elementos estão 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 conceito envolve a necessidade de realizar a higiene das mãos nos momentos indicados, exatamente onde o atendimento ocorre. Isto exige o acesso fácil a um produto de higiene das mãos (como por exemplo, a preparação alcoólica) que esteja tão próximo quanto possível – ao alcance das mãos no ponto de assistência ou tratamento do paciente. Os produtos “point-of-care”, no local de atendimento, devem estar acessíveis sem haver a necessidade de o profissional sair do ambiente do paciente (WHO, 2009a).

A disponibilização de preparação alcoólica para a higiene das mãos no ponto de assistência ocorre, geralmente, por meio de preparação alcoólica portada pelo profissional (frasco de bolso), dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama / na mesa de cabeceira do paciente ou nos carrinhos de curativos / medicamentos levados para o ponto de assistência (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a).

3. Definição

“Higiene das mãos” é um termo geral que se refere a qualquer ação de limpeza das mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (WHO, 2009a). De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (que não será abordada neste protocolo), definidas a seguir.

- 3.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.
- 3.2. Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- 3.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

4. Intervenções

4.1. Momentos

As mãos devem ser higienizadas nos momentos essenciais e necessários dentro do fluxo de cuidados assistenciais para prevenir IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos, seguindo os “Meus cinco momentos para a higiene das mãos”(WHO, 2009a), ou seja:

- ANTES DE TOCAR O PACIENTE
- ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO
- APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS
- APÓS TOCAR O PACIENTE
- APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE
-

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

OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

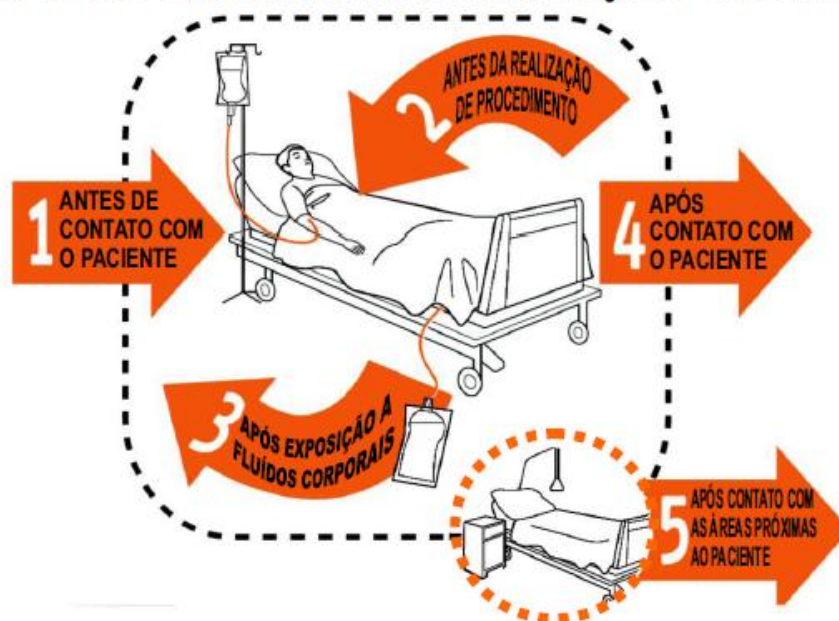


Figura 1. Meus cinco momentos para a higiene das mãos.

Fonte: WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a.

4.2. Recomendações consensuais e sistema de classificação

As recomendações formuladas foram baseadas em evidências descritas nas várias seções das diretrizes e consensos de especialistas, conforme mostra o Quadro 1 (CDC, 2002; WHO, 2009a).

Quadro 1 -Sistema de classificação das recomendações das Diretrizes.

Categoria	Crítérios
IA	Fortemente recomendada para implementação e fortemente apoiada por estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos bem elaborados
IB	Fortemente recomendada para implementação e apoiada por alguns estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos e uma forte fundamentação teórica
IC	Necessária para a implementação, conforme estabelecido por regulamento ou norma federal e/ou estadual
II	Sugerida para implementação e apoiada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou uma fundamentação teórica ou o consenso de um painel de especialistas

Fonte: (CDC, 2002; WHO, 2009a).

4.2.1.Indicações para a higiene das mãos

As indicações para higiene das mãos envolvem (WHO, 2009a):

- a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) o após uso do banheiro (II);
- b) Se a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*, é preferível realizar a higiene das mãos com sabonete líquido e água (IB);
- c) Usar a preparação alcoólica como meio preferido para a higiene rotineira das mãos em todas as outras situações clínicas descritas nos itens D(a) a D(f) listados abaixo, se as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA). Em caso de impossibilidade de obter preparação alcoólica para a higiene das mãos, higienizar as mãos com sabonete líquido e água (IB).
- d) Realizar a higiene das mãos:
 - antes e após contato com o paciente (IB);
 - antes de manusear um dispositivo invasivo para o atendimento ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas (IB);
 - após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou curativos (IA);
 - em caso de deslocamento de um local contaminado do corpo para outro local do corpo durante atendimento do mesmo paciente (IB);
 - após contato com superfícies e objetos inanimados (inclusive equipamentos para a saúde) nas áreas próximas ao paciente (IB);
 - após remoção de luvas esterilizadas (II) ou de procedimento (IB);
- e) Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos, realizar a higiene das mãos usando preparação alcoólica para as mãos ou lavar as mãos com sabonete líquido comum ou associado a antisséptico e água (IB);
- f) Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II)

O Quadro 2 mostra a correspondência entre as indicações e as recomendações para higiene das mãos (WHO, 2009a).

Quadro 2 - Correspondência entre as indicações e as recomendações para higiene das mãos.

Os 5 Momentos	Recomendações Diretrizes da Organização Mundial de Saúde - OMS sobre Higiene das Mãos em Serviços de Saúde (WHO, 2009a)
1. Antes de tocar o paciente	D.a) antes e após contato com o paciente (IB)
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico	D.b) antes de manusear um dispositivo invasivo , independentemente do uso ou não de luvas (IB) D.d) ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB)
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais	D.c) após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo (IA) D.d) ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente (IB)) D.f) após remover luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB)
4. Após tocar o paciente	D.a) antes e após contato com o paciente (IB) D.f) após remover luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB)
5. Após tocar as superfícies próximas ao paciente	D.e) após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas imediações do paciente (IB) D.f) após remover luvas esterilizadas (II) ou não esterilizadas (IB)

Fonte: WHO, 2009a.

5. Procedimentos Operacionais

5.1. Fricçãoantisséptica das mãos com preparação alcoólica

5.1.1. Finalidade

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). 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%) pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (BRASIL, 2010).

5.1.2.Duração do procedimento:

A fricção das mãos com antisséptico deve ter duração de 20 a 30 segundos.

5.1.3. Técnica

Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (WHO, 2006):

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

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



Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



5.2. Higienização simples

5.2.1. 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.

HIGIENIZE AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO QUANDO ELAS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS! CASO CONTRÁRIO, FRICCIÓNE AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA AS MÃOS.

Entende-se por mãos visivelmente sujas, as mãos que mostram sujidade visível ou que estejam visivelmente contaminadas por sangue, fluidos ou excreções corporais (WHO, 2009a).

5.2.2. Duração do procedimento

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

5.2.3. Técnica

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos (WHO, 2006):

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

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

 Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



5.3. Higienização antisséptica

5.3.1. Finalidade

Promover a remoção de sujidades e de micro-organismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

5.3.2. Duração do procedimento

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

5.3.3. 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 (BRASIL, 2007).

6. Estratégia multimodal

Uma melhoria da higienização das mãos bem sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais. A Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a; OPAS & ANVISA, 2008b) foi proposta para traduzir na prática as recomendações sobre a higiene das mãos e é acompanhada por uma ampla gama de ferramentas práticas (kit de ferramentas de implementação) prontas para serem aplicadas nos serviços de saúde. Todas as ferramentas de higiene das mãos, direcionadas para gestores, profissionais de saúde e profissionais que atuam no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e qualidade estão disponíveis no Portal da Anvisa, em: <http://bit.ly/wL0d6V>.

Os componentes-chave da estratégia são descritos a seguir (WHO, 2009a):

- 6.1. Mudança de sistema:** assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui dois elementos essenciais:
 - acesso a um fornecimento contínuo e seguro de água, bem como de sabonete líquido e papel toalha;
 - acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência.
- 6.2. Educação e treinamento:** fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos.
- 6.3. Avaliação e retroalimentação:** monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde, e retroalimentando estes resultados (feedback).
- 6.4. Lembretes no local de trabalho:** alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.
- 6.5. Clima de segurança institucional:** criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente, e no qual a melhoria da higiene das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:

- a participação ativa em nível institucional e individual;
- a consciência da capacidade individual e institucional para mudar e melhorar (autoeficácia) e
- parcerias com pacientes e organizações de pacientes.

7. Indicadores

Os seguintes indicadores de desempenho devem ser utilizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para a mensuração da melhoria da adesão às práticas de higiene das mãos (CDC, 2002; WHO, 2009a; BRASIL, 2009):

7.1. Indicador obrigatório: Consumo de preparação alcoólica para as mãos

Monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos e sabonete associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

7.2. Indicador recomendável: Percentual (%) de adesão

Número de episódios (ações) de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades havidas (enfermaria, unidade ou serviço).

Nota: o retorno da informação à alta direção e aos profissionais sobre este desempenho deverá ser providenciada pela CCIH.

8. Cuidados Especiais

8.1. Cuidado com o uso de luvas

As recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde são (WHO, 2009a; BRASIL, 2009):

- Usar luvas somente quando indicado;
- 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, também, durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.

Nota: O USO DE LUVAS NÃO ALTERA E NEM SUBSTITUI A HIGIENE DAS MÃOS!

8.2. Cuidados com a pele das mãos

Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele (WHO, 2009b):

- a higiene com sabonete líquido e água agride mais a pele do que uma fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante;
- as luvas entalcadas 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.

Os seguintes comportamentos devem ser evitados(WHO, 2009b):

- uso simultâneo de sabonete líquido e água e produtos alcoólicos;
- uso de água quente para lavar mãos com sabonete líquido e água;
- calçar luvas com as mãos molhadas, uma vez que isso pode causar irritação;
- higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- uso de luvas fora das recomendações;

Os seguintes princípios devem ser seguidos(BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; WHO, 2009b):

- 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;
- aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

9. Referências Bibliográficas

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em: 21 mar. 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC n°. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2010.

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

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OPAS/OMS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. Manual para Observadores. Brasília, DF, 2008a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OPAS/OMS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. Guia para Implantação. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Hand Hygiene: Why, How and When**. Summary Brochure on Hand Hygiene. World Alliance for Patient Safety, 2006. p. 1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care** Geneva: WHO Press, 2009a. 270 p. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>> Acesso em: 20 mar. 2013.

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

Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO*

Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS

Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz

02/04/2013

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

1. Finalidade

Instituir e promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras alterações da pele.

2. Justificativa

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações da pele. Isso é ainda mais prevalente quanto maior for a combinação de fatores de risco presentes, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

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

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

Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), EUA, a prevalência da UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%(1). No Reino Unido, casos novos de UPP acometem de 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital (2). No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%(3).

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

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam de 2,3% a 28% e as taxas de incidência de 2,2 % a 23,9% (4).
- Cuidados agudos: a taxa de incidência varia de 0,4% a 38% e a prevalência está em torno de 10 a 18%.⁽⁴⁾
- Home care: a incidência varia entre 0% e 17% e a prevalência entre 0% e 29%(4).

UPPs causam dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves. UPPs também têm sido associadas a tempo de internação prolongado, sepses e mortalidade. Apesar da maioria das UPPs ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo total estimado do tratamento das UPPs nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano(5).

3. Abrangência (Âmbito, Ponto de Cuidado, Local de Aplicação)

As recomendações para a prevenção aplicar-se-ão a todos os indivíduos vulneráveis e em todos os grupos etários. As intervenções são destinadas aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e pessoas vulneráveis, que estão em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontram em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares ou em outro lugar, independentemente do seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde(6).

4. Definição

4.1. Úlcera por pressão (UPP) é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento(6). O O cisalhamento pressupõe a existência de fricção, uma vez que é por esta causado(7). Outros fatores contribuintes e de confusão estão associados à UPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido(6).

4.2. Cisalhamento - Deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes(8).

4.3. O estadiamento das UPPs auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual(5).

4.3.1. Estágio I: Eritema não branqueável (6)

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que nestes o branqueamento pode não ser visível; a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor. A área pode estar dolorida, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

4.3.2. Estágio II: perda parcial da espessura da pele (6)

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose*. Este estágio não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações.

*Equimose é indicador de lesão profunda.

4.3.3. Estágio III: Perda total da espessura da pele (6)

Perda total da espessura tecidual. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão de estágio III extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

4.3.4. Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos (6)

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

4.3.5. Outros estágios (6):

Inclassificáveis/Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é no entanto uma úlcera de estágio III ou IV.

Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

4.4. Suspeita de lesão nos tecidos profundos

Área vermelho escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictena de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura. A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado.

5. Intervenções

A maioria das UPPs pode ser evitada através da identificação dos pacientes em risco e da implantação confiável das estratégias de prevenção para todos os pacientes identificados como de risco(5).

Os seis elementos essenciais de uma estratégia de prevenção de UPP são(5):

5.1. Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes: avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e avaliação da pele para detectar a existência de UPP.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, através da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação do risco deve contemplar os seguintes fatores: mobilidade, incontinência, déficit sensitivo, estado nutricional (incluindo desidratação). A escala de Braden é a ferramenta utilizada mais amplamente, dentre as várias disponíveis.

Deve-se utilizar uma ferramenta apropriada nos casos de pacientes pediátricos, como por exemplo, a escala de Braden Q.

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP 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 UPP. A reavaliação diária

permite aos prestadores de cuidado de saúde ajustarem sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias mais customizadas para cada paciente.

5.3. Inspecção diária da pele

Pacientes hospitalizados podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança dos fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspecção diária da pele é fundamental. Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UPP necessitam de inspecção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de UPP, como o sacro, o dorso, as nádegas, os calcanhares, os tornozelos e áreas submetidas à pressão por dispositivos.

5.4. Manejo da Umidade: manter o paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é propícia ao desenvolvimento de erupções cutâneas, é vulnerável 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. O tratamento da pele seca com hidratantes têm-se demonstrado especialmente efetivo na prevenção de UPP.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou secreção 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.

5.5. Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP 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 mal nutridos 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 casos de pacientes com desnutrição grave, a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

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 UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 2 horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP. 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 úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele dos pacientes em risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento; portanto, deve-se tomar cuidado 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 úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de UPPs; portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco e da pele. Os prestadores de cuidado de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

Implantar etapas 3-6 para todos os pacientes classificados como de risco nas etapas 1-2

6. **Recomendações consensuais e sistemas de classificação (Evidências)**

As recomendações deste protocolo são graduadas com base no número de estudos, na qualidade da pesquisa e na consistência de achados, tendo sido extraídas de:

Tabela 1. Nível de Evidência para Estudos Individuais(6)

Nível	
1	Grandes estudos aleatórios com resultados claros (e baixo risco de erro).

2	Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (e risco de erro de moderado a alto)
3	Estudos não aleatórios com controles concorrentes ou contemporâneos.
4	Estudos não aleatórios com controles históricos.
5	Estudo de caso sem controle. Especificar número de sujeitos.

Tabela 2. Escala de força de evidência para cada recomendação(6)

Força da evidência	
A	A recomendação tem por base uma evidência científica direta, proveniente de estudos controlados, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras por pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera por pressão), que fornecem resultados estatísticos que sustentam de forma consistente a recomendação (são exigidos estudos de nível 1).
B	A recomendação tem por base evidência científica direta de estudos clínicos, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras por pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlceras por pressão), que fornecem resultados estatísticos que sustentam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 2, 3, 4 e 5).
C	A recomendação tem por base uma evidência indireta (i.e., estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crônicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

Tabela 3: Classificação de Nível de evidência por cada recomendação(9)

Nível	
I	Resultados geralmente consistentes na maioria dos múltiplos estudos aceitáveis.
II	Recomendação fundamentada em um único estudo aceitável, ou resultados fracos ou inconsistentes em múltiplos estudos aceitáveis.
III	Evidências científicas limitadas, que não atingem todos os critérios de aceitabilidade dos estudos, ou ausência de estudos de boa qualidade diretamente aplicáveis. Isto inclui a opinião de especialistas.

7. Procedimento Operacional

7.1. Avaliação e Reavaliação de Risco

Evidência: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver UPP (Nível de Evidência C)(6).

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações da pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q, para crianças de 1 a 5 anos, e Escala de Braden, para pacientes com mais de 5 anos

As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado(10).

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações uma importante contribuição para a prescrição e o planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas – consultar anexos específicos da assistência da Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

7.2. Avaliação da pele

Evidência: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de UPP (Nível de Evidência C)(6).

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP e regiões corporais com presença de sondas, tubos e drenos(10) .

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, devem ser feitas de acordo com a definição e classificação internacional(11) , sendo que a avaliação por um enfermeiro especialista ou médico pode auxiliar no diagnóstico diferencial. Fazer a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado(10).

Evidência: Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente (Nível de evidência B) (6).

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

7.3. Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme fatores preditivos

Após a identificação dos fatores preditivos e dos pacientes em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, o enfermeiro deve instituir cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea e a prevenção de úlcera por pressão.

7.3.1. Higienização e Hidratação da pele

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele (12).
- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia (Nível de Evidência B). A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão(6).
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (Nível de Evidência B)(6).
- A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão (Nível de Evidência B)(6,12).

7.3.2. Manejo da umidade

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (Nível de Evidência C)(6). (6)
- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas)(6).
- Quando possível, oferecer uma comadre ou papagaio nos horários de mudança de decúbito(12).

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas,

suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

7.3.3. Nutrição

- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de UPP.
- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (<60% das necessidades nutricionais entre cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem (6).
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão (Nível de evidência A).
- O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de UPP (vide anexo específico para nutrição).

7.3.4. Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

- a) Uso de colchões e camas na prevenção de UPP
- Use colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP (Nível de evidência A)(6).
 - A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados (6,8). Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão (Nível de evidência C).
 - Não use colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro <10cm (Nível de evidência C)(6).
 - Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão,

quando o reposicionamento manual frequente não é possível (Nível de Evidência B)(6).

- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras por pressão (Nível de Evidência A)(6).
- b) Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos
 - Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão) (Nível de evidência C)(6).
 - Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão (Nível de evidência C)(6).
 - Use uma almofada ou travesseiro debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (Nível de evidência B)(6).

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma trombose venosa profunda(6).

- c) Uso de superfície de apoio para prevenir úlceras por pressão na posição sentada
 - Use 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 (Nível de evidência B). Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão(6).

7.3.5. Mudança de decúbito ou reposicionamento

- a) A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (Nível de evidência A). (6)
- b) A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor (Nível de evidência C) e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso (Nível de evidência A)(6).

- c) 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 (Nível de evidência C)(6).
- d) A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo (Nível de evidência C)(6).
- e) 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 (Nível de evidência C)(6).
- f) 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 semi-deitado (Nível de Evidência C)(6,12).
- g) Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira a ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix (Nível de Evidência C)(6).
- h) 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 (Nível de Evidência C). 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(6).
- i) Restrinja o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (Nível de Evidência B). 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 UPP surgirá muito rapidamente(6).

7.3.6. Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- a) Elevar a cabeça da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral. Limitar o tempo de cabeceira elevada e não elevar acima de 30°, pois o corpo do paciente tende a

- escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (Nível de Evidência C).
(6,12)
- b) 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 (Nível de Evidência C)(6,12).
 - c) Utilizar quadro balcânico para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário(12).
 - d) 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(12).
 - e) 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 PAV (pneumonia associada à ventilação).

7.4. Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue abaixo as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco: (12,13)

7.4.1.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.

7.4.2. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)

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

7.4.3.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°.

7.4.4. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)

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

8. Estratégias de monitoramento e indicadores

Sugerem-se 3 indicadores de processo (1-3) e um indicador de resultado para a prevenção da UPP

8.1. % Pacientes submetidos à avaliação de risco para UPP na admissão (5)

8.2. % Pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP(5).

8.3. % Pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP(5).

8.4. Incidência de UPP

9. Referências bibliográficas

Moore Zena EH, Cowman Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.

Benbow, M et all. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Clinical Practice Guidelines. Royal College of Nursing: April, 2001.

Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):474-80.

Cuddigan, J., Ayello, E. A., & Sussman, C. (Eds.) (2001). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em:

http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer

Institute for Healthcare Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihl.org> .Acessado 26 Março 2013.

.European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel;2009.

WOCN Society Position Statement: Pressure Ulcer Staging, 2011. Acessado em 26/3/13 [http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1A-FBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_\(2011\).pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1A-FBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position_Statement_-_Pressure_Ulcer_Staging_(2011).pdf)

Ferreira, ABH. Novo Aurélio.1999. Editora Nova Fronteira

Rycroft-Malone, J and McInness, E(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention.Technical Report.RCN:London

American Medical Directors Association. Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline. Columbia, MD: AMDA 2008.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [on-line]; 2007. Disponível em : <http://www.npuap.org/pr2.htm>

Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer

Virani, T et all. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. RNAO, Toronto: 2005.

Anexo 03:PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA*

***Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS**

**Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz
02/04/2013**

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é reduzir a ocorrência de incidentes e a mortalidade cirúrgica, possibilitando a adequada realização de procedimento cirúrgico, no local correto e no paciente correto, através do uso adequado da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

2. Justificativa

O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma operação para cada 25 seres humanos por ano (1). Na últimas décadas as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentam de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte(2).

Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 1 em cada 150 pacientes hospitalizados morreu em consequência de um incidente. O mesmo estudo encontrou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico (3). As taxas de eventos adversos em Cirurgia Geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%(4).

Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem reconhecidos nos países desenvolvidos, mas menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrência de cirurgias em locais errados, como nos pulmões e no cérebro, e de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde que prestam o cuidado. Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorrem em cerca de 1 em 50.000 – 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 – 2.500 eventos adversos deste tipo por ano (5)(6). Uma análise de eventos sentinelas relatados pela *Joint Commission* (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados deviam-se a cirurgias em sítios errados (7). A literatura corrobora com a suposição de que a cirurgia em local errado é mais comum em certas especialidades, particularmente na cirurgia ortopédica. Em um estudo com 1.050 cirurgiões da mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras (8). Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas mostraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados(9).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica desenvolvida pela OMS apresenta 19 passos e estrutura-se em etapas: uma prévia à indução anestésica, outra prévia à incisão cirúrgica e outra que acontece antes de o paciente sair da sala cirúrgica. Existem evidências relevantes de que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma queda de mortalidade de 1,5% para 0,8%. Um estudo holandês

mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade também de 1,5% para 0,8%. A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado estar a utilizando ativamente(10).

Nos últimos quatro anos, com o suporte da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, com um painel internacional com 21 *stakeholders* e demais pesquisadores, conduziram uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (*Patient Safety Strategies - PSSs*). Indicaram a implementação de 22 estratégias (soluções) que apresentam evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança. A implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica aparece nesta revisão como fortemente recomendada (11).

3. Abrangência

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

4. Definições

- 4.1. Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (12).
- 4.2. Segurança do paciente: conjunto de ações que visa a redução, a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde(12).
- 4.3. Lista de Verificação: Lista formal utilizada para identificar, agendar, comparar e verificar um grupo de elementos(13).
- 4.4. Demarcação de Lateralidade: demarcação do local ou locais a serem operados. Isto 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).
- 4.5. 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, seguindo orientação da instituição de saúde.
- 4.6. Segurança Anestésica - inspeção formal do equipamento anestésico, e checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia.

4.7. Equipe cirúrgica - equipe composta por cirurgiões, anesthesiologists, profissionais de enfermagem, técnicos e outras pessoas da sala de operação envolvidas na cirurgia.

5. Intervenção

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e material adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros.

Este protocolo trata especificamente da utilização sistemática da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos. Baseia-se na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e no Manual desenvolvidos pela OMS(14)

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica	▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? A PROFILAXIA ANTIMICROBIA NA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	REGISTRO O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR) _____ Assinatura

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operação, cada uma correspondendo a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico.

Todas as instruções contidas neste protocolo deverão ser adequadas à realidade de cada instituição, respeitando-se os princípios de cirurgia segura.

Para a utilização desta Lista de Verificação, uma única pessoa deve ser responsável por conduzir a verificação dos itens nela contidos.

Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deve confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir. Caso algum item checado não esteja conforme, a verificação deve ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a solução da não conformidade.

Antes da indução anestésica, a pessoa que conduz a Lista de Verificação revisará verbalmente com o paciente (sempre que possível) que sua identificação tenha sido confirmada, que o procedimento e local da operação estejam corretos e que o consentimento para cirurgia e a anestesia tenham sido dados. O condutor confirmará visualmente que o sítio cirúrgico seja o correto e tenha sido demarcado e que um oxímetro de pulso esteja no paciente e funcionando. O condutor também revisará verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se uma verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica), cada membro da equipe se apresentará pelo nome e função. Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para confirmar que estão realizando a cirurgia certa no paciente certo, no sítio cirúrgico certo e então, verbalmente, revisará uns com os outros, os elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia. Também confirmarão que antimicrobianos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica e que os exames de imagens necessários estão visíveis.

Antes do paciente sair da sala de operação, a equipe revisará em conjunto a cirurgia realizada, a conclusão da contagem de compressas, instrumentais e a identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida. Também revisará qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem serem solucionadas. Finalmente, a equipe revisará o plano de cuidado e as preocupações a respeito da abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de operação.

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:

6.2. O paciente confirmou sua identificação, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e que o consentimento para cirurgia foi

confirmado. Quando a confirmação pelo paciente não é possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar pode assumir esta função.

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgico e anestésico - 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.

6.3. Sítio demarcado/ não se aplica

A identificação do sítio cirúrgico deve ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico. Sempre que possível, tal identificação deverá ser feita com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deve ter processos definidos por escrito para como lidar com exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.

O condutor deve 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 deve ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com emprego de caneta dermatográfica. O símbolo a ser utilizado deve 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.

6.4. Verificação de segurança anestésica concluída

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

6.5. Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um oxímetro de pulso foi posicionado no paciente e que está funcionando corretamente.

6.6. O paciente é sabidamente alérgico?

O condutor deve perguntar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor saiba a respeito da alergia. Em caso de alergia, deve confirmar se o anestesiológico tem conhecimento 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 desconhece, esta informação deve ser comunicada.

6.7. O paciente tem uma via aérea difícil e risco de aspiração?

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

6.8. 7. O paciente apresenta risco de perda sanguínea > 500 ml (7 ml/kg em crianças)?

O condutor pergunta ao anesthesiologista se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.

7. Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

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

7.1. Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função

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 de operação desde a última cirurgia estes devem se apresentar.

7.2. O cirurgião, o anesthesiologista e a equipe de enfermagem confirmam verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento a ser realizado.

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

7.3. Eventos Críticos Previstos

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

7.4. Revisão do cirurgião: quais são as etapas críticas e possíveis eventos críticos, duração da cirurgia, perda sanguínea prevista?

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

7.5. Revisão da equipe de anestesiologia: há alguma preocupação específica sobre o paciente?

O anestesiológico deve revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Informar também a sua intenção ou não de usar sangue, componentes e hemoderivados; quaisquer comorbidades e características do paciente passíveis de complicação (como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.).

7.6. Revisão da equipe de enfermagem: a esterilização foi confirmada (incluindo os resultados dos indicadores)? Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer outras preocupações?

O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deve confirmar verbalmente que a esterilização foi realizada e que um indicador de esterilização mostrou esterilização bem sucedida.

7.7. A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos **60 minutos antes da incisão da pele?**

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 anestesiológico) deve realizar a confirmação verbal.

7.8. Os exames de imagem necessários estão visíveis?

O condutor deve perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deve 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.

8. Antes do paciente sair da sala de operação

8.1. O nome do procedimento registrado

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

8.2. Que as contagens de instrumentais, compressas e agulhas estejam corretas (ou não se aplicam)?

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deve 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.

8.3. Como a amostra está identificada (incluindo o nome do paciente)?

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 indicações orientadoras.

8.4. Há algum problema com os equipamentos para serem resolvidos?

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

8.5. O cirurgião, o anesthesiologista e o profissional de enfermagem revisam as medidas fundamentais para a recuperação pós-operatória do paciente

O cirurgião, o anesthesiologista e o profissional de enfermagem devem revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

9. Estratégias de monitoramento e indicadores

Percentual de pacientes que recebeu antibioticoterapia no momento adequado;

Número de cirurgias em local errado;

Número de cirurgias em paciente errado;

Número de procedimentos errados;

Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco.

Taxa de adesão à Lista de Verificação.

10. Referências Bibliográficas

Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 368. England 2006. p. 1189-200.

Zegers M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G, et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient Saf Surg*. 5. England 2011. p. 13.

de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 17. England 2008. p. 216-23.

Rebasa P, Mora L, Vallverdu H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, et al. [Adverse events in general surgery. A prospective analysis of 13,950 consecutive patients]. *Cir Esp*. 89. Spain: A 2011 AEC. Published by Elsevier Espana; 2011. p. 599-605.

Kwaan Mr Fau - Studdert DM, Studdert Dm Fau - Zinner MJ, Zinner Mj Fau - Gawande AA, Gawande AA, Seiden Sc Fau - Barach P, Barach P, et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery

Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? Arch Surg. 141. United States 2006. p. 931-9.

.Joint Commission. Sentinel event statistics. December 31, 2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>. [Acessado 5 Maio 2007]

Joint Commission. Sentinel events alert. 5th December 2001. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvent/sentinelevent/alert/sea_24.html [Acessado 3 Maio 2007]

Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.

.Healy JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 24. England 2012. p. 88-94.

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5_Part_2):365-8.

World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009. WHO:Switzerland, 2009.

Administration FA. Section 12: Aircraft Checklist for 14 CFR Parts 121/135 iFOFSIMSF.

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.