



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA



# NQSP

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

**Enfermeira:**

Rayanne Balbino

**Técnica em Enfermagem:**

Celi Tomás

**Médico:**

Glaysen Verner

**Farmacêutico:**

Daniel Barros

**Estagiário – Acadêmico de enfermagem:**

Daniel Andrade

**SEGURANÇA  
DO PACIENTE**

# NQSP

## ■ CONCEITO:

\*O Núcleo de Segurança do Paciente é instituído como obrigatório pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36 de 25 de julho de 2013; que em seu Art. 1º instituir ações de promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

\*É um órgão permanente de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de prevenção e controle de risco hospitalar, assim como de ações que visem à qualidade assistencial, com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta ou indiretamente, estejam relacionados ao gerenciamento de risco e qualidade hospitalar.

## ■ OBJETIVOS:

\*Identificar, analisar, prevenir e mitigar os riscos aos pacientes envolvidos no processo da assistência;

\*Maximizar os resultados dos eventos positivos e reduzir as consequências dos eventos adversos;

\*Promover e implantar uma política de segurança do paciente.

# SEGURANÇA DO PACIENTE

1

Identificar corretamente o paciente.

2

Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.

3

Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

4

Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

5

Higienizar as mãos para evitar infecções.

6

Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

**Melhorar sua vida, nosso compromisso.**



O tempo do doente é o tempo de saúde.

SAÚDE  
SEGURANÇA



SUS+



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
BRASIL  
COM MUITO MAIS E SEM MAIS BARREIRAS



# Meta 1: Identificar corretamente o paciente

**SEGURANÇA  
DO PACIENTE**

# IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

- 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.

## OBJETIVOS PROTOCOLO

- Garantir a correta identificação do paciente;
- Reduzir a ocorrência de incidentes cuja causa seja a troca de pacientes;
- Assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

## RESPONSABILIDADE DE APLICAÇÃO

- Inserção e troca da pulseira:
  - ✓ Núcleo de Internação e Alta: de pacientes que dão entrada para procedimentos eletivos cirúrgicos.
  - ✓ Equipe de enfermagem e médica de todos os setores: de pacientes internados.
- Verificação dos dados contidos na pulseira antes dos cuidados:
  - ✓ Todos os profissionais de saúde e colaboradores que prestam cuidados ao paciente.



Hospital Regional do Gama - DF

**SETOR:** CARDIOLOGIA

**LEITO:**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:**

**DATA DE NASC.:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATA DE ADMISSÃO:**

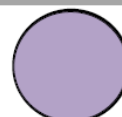
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SEX:**

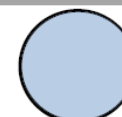
\_\_\_\_\_



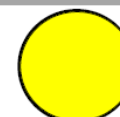
**RISCO DE QUEDA**



**RISCO DE LPP**



**RISCO DE TEV**



**ALERGIA**



**ISOLAMENTO**

**SEGURANÇA  
DO PACIENTE**

**SETOR:** CENTRO OBSTÉTRICO **PASSAGEM:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**Nº SES:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE PARTO:** (    ) **NORMAL** (    ) **CESARIANA** (    ) **Fórceps**
**ANESTESIA:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASC.:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATA DE ADMISSÃO:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROCEDÊNCIA:**

\_\_\_\_\_


**RISCO DE QUEDA**

**RISCO DE LPP**

**RISCO DE TEV**

**ALERGIA**

**ISOLAMENTO**
**SETOR:** CENTRO CIRÚRGICO **PASSAGEM:** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**Nº SES:** \_\_\_\_\_

**CIRURGIA:** \_\_\_\_\_

**ANESTESIA:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASC.:**

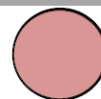
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

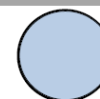
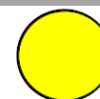
**DATA DE ADMISSÃO:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROCEDÊNCIA: (ENF/LEITO)**

\_\_\_\_\_


**RISCO DE QUEDA**

**RISCO DE LPP**

**RISCO DE TEV**

**ALERGIA**

**ISOLAMENTO**

# SEGURANÇA DO PACIENTE



# META 2: Comunicação efetiva

- Erros de comunicação entre profissionais de saúde podem causar danos ao paciente.
- Comunicação deve ser precisa, sem ambiguidade, compreendida pelo receptor.
- Estimular anotações em prontuário.
- Padronizar a passagem de plantão.
- Melhorar os meios de comunicação internos, entre as equipes

# **META 3: Melhorar a segurança dos Medicamentos**

- Reduzir erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos;
- Sinalizar os medicamentos perigosos e separá-los dos demais;
- Melhorar o processo de medicação;
- Estabelecer procedimento adequado de rotulagem e armazenamento;
- Administrar corretamente a medicação ( REGRA DOS 9 CERTOS ).

- Segundo ZANETTI et al, 2003, a fim de garantir a segurança do paciente, é necessário que os profissionais de enfermagem saibam e utilizem os “7 certos”, os quais representam a base da educação no ensino da administração de medicamentos. Atualmente mais 2 categorias foram associadas tornando-se “9 certos”. Os “9 certos” adverte fatores que podem ocasionar os erros de medicação.

- 9 certos**

1. Medicação certa
2. Paciente certo
3. Dose certa
4. Via certa
5. Horário certo
6. Registro certo
7. Ação certa

**8. Forma farmacêutica certa**

**9. Monitoramento certo**



# **META 4: Cirurgia Segura**

## **WHO- Surgical Safety Checklist**

### **Protocolo**

### **de Segurança da OMS**

- O que é?
- Instrumento para melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica.
- Por que utilizá-lo?
- Garantir a segurança do cuidado prestado ao paciente durante seu procedimento cirúrgico.
- Onde utilizá-lo?
- Em todos os ambientes cirúrgicos do planeta.

## CHECAGEM PERIOPERATÓRIA: SIGN IN

SIGN IN	Antes da Anestesia
<input type="checkbox"/> <b>PATIENT HAS CONFIRMED</b> • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT	<b>•CONFIRMAR IDENTIFICAÇÃO:</b> Paciente; Lateralidade; Procedimento; Termo de Consentimento.
<input type="checkbox"/> <b>SITE MARKED/NOT APPLICABLE</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED</b>	
<input type="checkbox"/> <b>PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING</b>	
<b>DOES PATIENT HAVE A:</b>  <b>KNOWN ALLERGY?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES  <b>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE  <b>RISK OF &gt;500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	<b>•ASSINALADO LATERALIDADE (se aplicável);</b>  <b>•AVALIAÇÃO PRÉ- ANESTÉSICA;</b>  <b>•PACIENTE TEM:</b> Alergias; Padrão Ineficaz de respiração; Risco de perda sanguínea;


## CHECAGEM PERIOPERATÓRIA: TIME OUT

TIME OUT	Antes da Incisão Cirúrgica
<input type="checkbox"/> <b>CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE</b>	<b>•VERIFICAR:</b> Correto preenchimento dos impressos obrigatórios (Relatórios de enfermagem, médicos, ficha anestésica, termo de consentimento informado da cirurgia); Nome de todos os membros da equipe;
<input type="checkbox"/> <b>SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM</b> • PATIENT • SITE • PROCEDURE	<b>•CIRURGIÃO, ANESTESISTA E CIRCULANTE CONFIRMAM E REVISAM ANTECIPADAMENTE PROCEDIMENTOS CRÍTICOS:</b> Identificação do paciente; cirurgia; lateralidade; Posicionamento cirúrgico;
<input type="checkbox"/> <b>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</b>  <input type="checkbox"/> <b>SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?</b>  <input type="checkbox"/> <b>ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?</b>  <input type="checkbox"/> <b>NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE <input type="checkbox"/> <b>10 CASES/100, IMPROVED SURVIVAL</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	<b>•ANTIBIOTICOPROFILAXIA;</b>  <b>•MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PREVIAMENTE CHECADOS</b>

## CHECAGEM PERIOPERATÓRIA: SIGN OUT

SIGN OUT	Antes do Paciente sair da SO
<b>NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:</b>  <input type="checkbox"/> <b>THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED</b>  <input type="checkbox"/> <b>THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)</b>  <input type="checkbox"/> <b>HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)</b>  <input type="checkbox"/> <b>WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED</b>  <input type="checkbox"/> <b>SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT</b>	<b>•CIRCULANTE CONFIRMA EM VOZ ALTA:</b>  Nome do Procedimento;  Se houve algum equipamento com problemas;  Realizado contagem de compressas (quando aplicável);  Verificado se todos os instrumentais na mesa da instrumentadora.



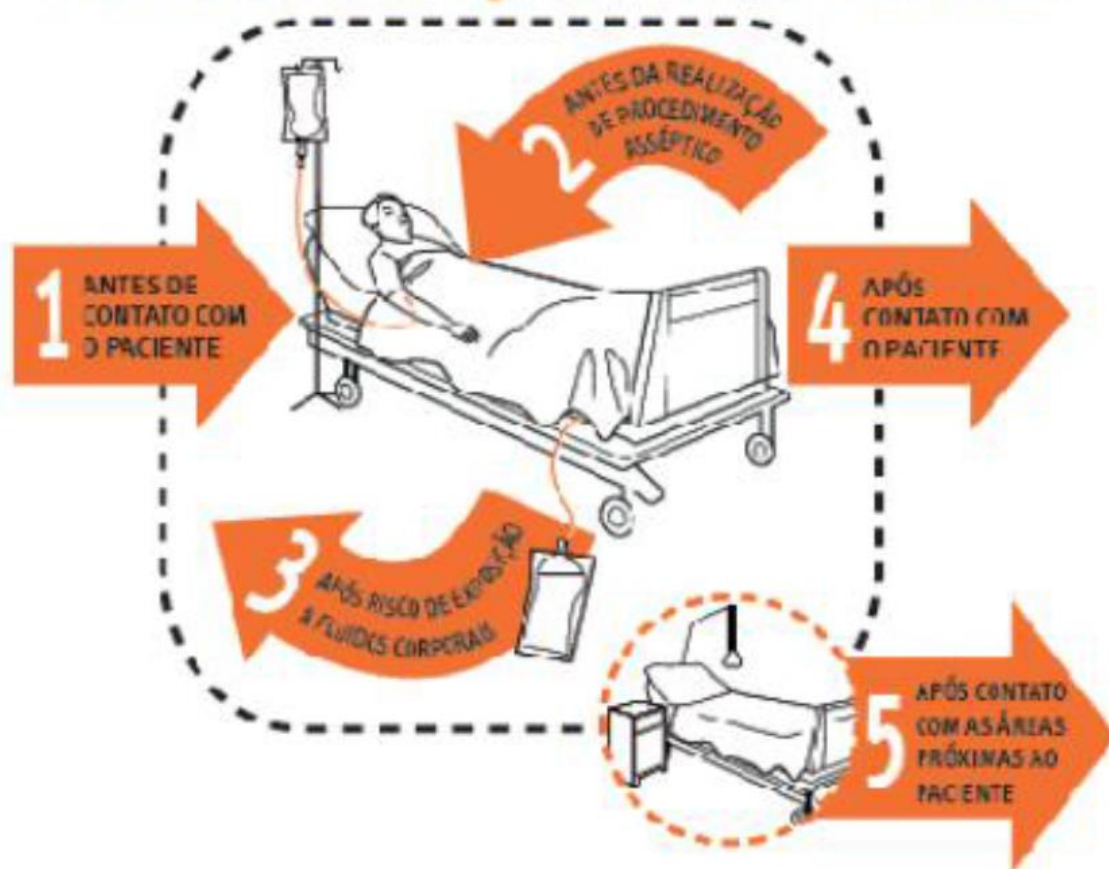
 <b>CHECKLIST CIRURGIA - SEGURA - CC e NQ SPIRO</b>				
DATA: / /		HORA: :		
NOME DO PACIENTE:		TELEFONO:		
SEXO:				
PROCEDIMENTO CIRURGICO:		ORÇÃO:		
CIRURGIÃO:				
SIGN IN - PRE-OPERATORIO		UNIDADE CIRURGICA (Paciente Intensivo)		SECTOR DE CIRCULACAO DE SANGUE DO PACIENTE
		SI	NAO	SI
				NAO
Jejum há 8 horas?				
Solomon Póster?				
Medicamentosos?				
Checklist anestesia - Cirurgia segura?				
Termo de Consentimento Informado Anestésico				
Termo de Consentimento Informado Cirúrgico				
Paciente em posição?				
Paciente com o paciente?				
(CIRURGIA) SIGN IN - ANTES DA INICIACAO		SI	NAO	Se não, qual providência?
Paciente confirmou identidade, sítio cirúrgico, procedimento e consentimento				
Marcação correta do sítio cirúrgico (Tubo, nível anestésico)				
O paciente possui alergia conhecida?				
O paciente possui via aérea difíceis risco de aspiração?				
Risco de perda sanguínea > 500 ml				
Sítio cirúrgico funcionando (confirmação do anestésico e do cirúrgico todos os equipamentos, materiais cirúrgicos, OPIE, Instrumentais estão conformes ao ato cirúrgico)				
Exames essenciais estão disponíveis?				
(CIRURGIA) TIME OUT - ANTES DA INICIACAO		SI	NAO	Se não, qual providência?
Confirmação de equipe (Todos os profissionais confirmam suas funções)				
Confirmação verbal - Cirúrgico, anestésico e enfermagem (Identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento)				
Evento crítico anestésico - Revisão do Cirúrgico (Há pontos críticos na cirurgia? Qual a duração estimada? Há pontos de perda sanguínea?)				
Evento crítico anestésico - Revisão do Anestésico (Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?)				
Evento crítico anestésico - Revisão da Enfermagem (Material necessário está presente e de modo pronto de esterilização? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?)				
Funcionamento dos monitores (Todos os monitores de sinais vitais adequados para o procedimento estão funcionando?)				
Há necessidade de PO em UTE?				
Perfil de anestesia foi realizado nos últimos 60 minutos?				
CONTAGEM DE INSTRUMENTAL CIRURGICO		SI	NAO	OBSERVAÇÕES
Contagem Inicial de Instrumental		Ou entre aqui		
Contagem Inicial de Compressas		Ou entre aqui		
Contagem Inicial de Agulhas		Ou entre aqui		
Contagem Inicial de Gases		Ou entre aqui		
SIGN OUT - ANTES DA SAÍDA DA O		SI	NAO	OBSERVAÇÕES
Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo procedimento executado				
Contagem de Instrumental cirúrgico, compressas e agulhas está correta				
Anestesia para anestesia peridural está identificada?				
O cirúrgico, o anestésico e a equipe de enfermagem realizam preocupação essencial para antecipação e o manejo do paciente?				
LIXO DOBRO				
Responsável pelo Checklist				
Responsável Enfermagem de UTE de Intensivo		Responsável C.C.	Responsável	

# SEGURANÇA DO PACIENTE

# **META 5: Higienizar as Mãos para evitar Infecções.**

- Promover a prevenção e o controle das infecções durante a assistência ao paciente ambulatorial e interno;
- Promover redução da microbiota residente e microbiota transitória dos profissionais da saúde e ambiente;
- Remover sujidade, suor, oleosidade, células descamativas, pêlos e a microbiota da pele para interromper a transmissão de infecções veiculadas pelo contato direto;
- Assegurar a saúde dos profissionais da instituição, que estão expostos aos riscos inerentes ao ambiente hospitalar.

# Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



# Meta 6: Reduzir risco de queda e úlcera por pressão



**SEGURANÇA  
DO PACIENTE**



# QUEDA

**Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.**

**Considera-se queda:**

- quando o paciente é encontrado no chão;
- quando, durante o deslocamento, o paciente 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.



# **Gerenciamento de risco de queda**

## **1. Estabelecer estratégias para correção e imposição de barreiras às falhas de estrutura e processo:**

- Solicitar conserto de camas, luminárias, ...;
- Solicitar fitas antiderrapantes, sinalizados de piso molhado,...;
- Treinar os servidores, pacientes e acompanhantes quanto ao Protocolo de Prevenção de Queda.

## **2. Monitorar a avaliação/ prevenção de risco de queda nos setores:**

- Realizar investigação de causa-raiz de queda a partir das notificações de Incidentes.

# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA

**Avaliação na admissão e diária do paciente quanto ao risco de queda:**

- Instrumento para avaliação de risco de queda (Escala Morse)






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

<b>Alto Risco</b>	≤ 45 pontos
<b>Médio Risco</b>	25-44 pontos
<b>Baixo Risco</b>	0-24 pontos

Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa . 2013.

# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA

Identificação do paciente com risco de queda:

Hospital Regional de Santa Maria - DF				
CLÍNICA MÉDICA		ENF./LEITO:		
NOME:				
<input type="text"/>				
DATA DE NASC.:	DATA DA ADMISSÃO:	DPA:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
				
RISCO DE QUEDA	RISCO DE UPP	RISCO DE TVE	ALERGIA	ISO. DE CONTATO

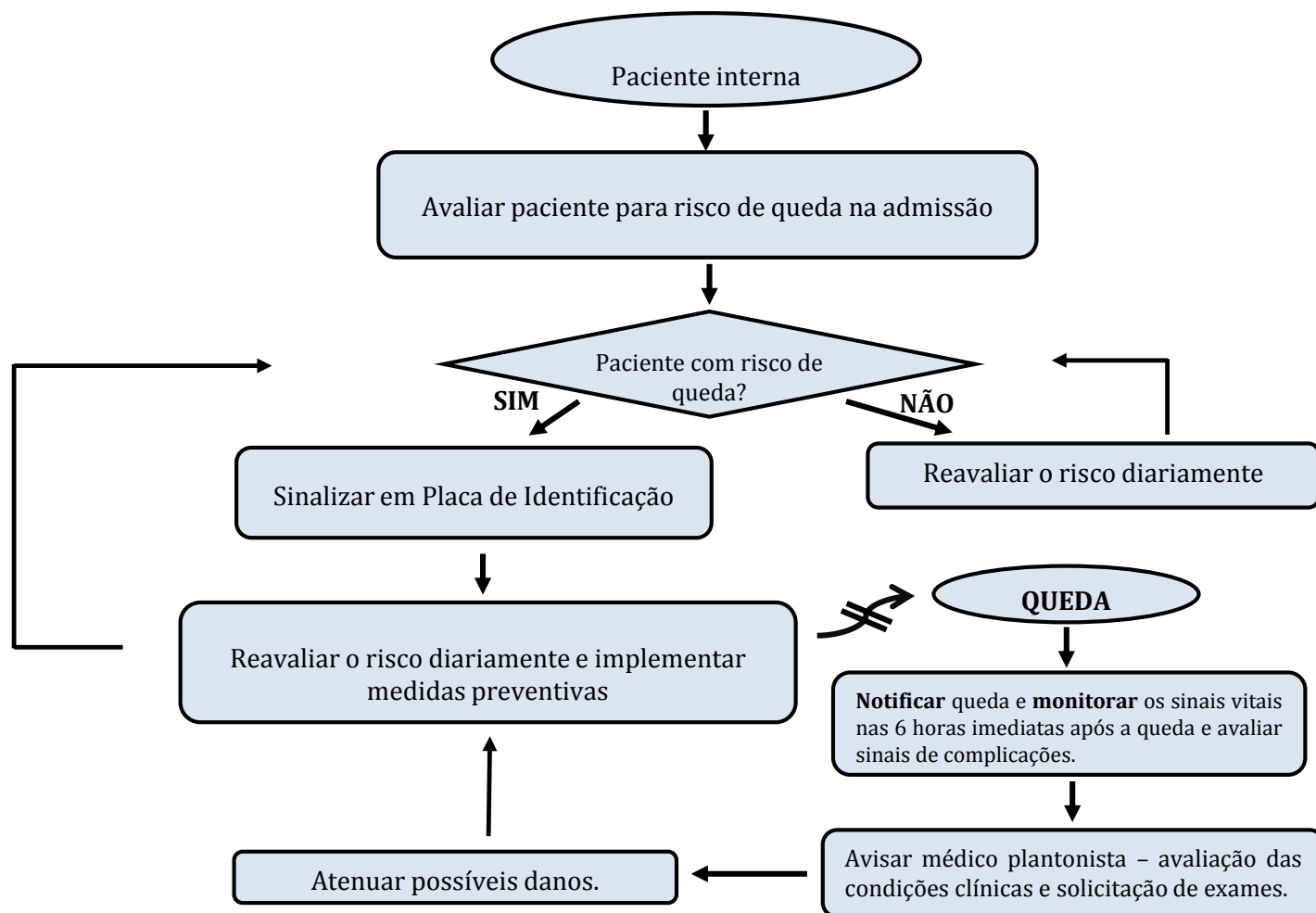
Implementação de ações preventivas gerais:

- Manutenção diária do ambiente e do cuidado seguro.

Implementação de ações preventivas específicas:

- Exemplos: Existência da escadinha segura; Rodas dos leitos sempre travadas; Grades elevadas etc.

# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDA



# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UPP (LPP)

## Avaliação na admissão diária do paciente quanto ao risco de UPP:

- Utilizar instrumento para avaliação de risco de UPP (Escala de Braden para adultos e para menores de 5 anos – Escala de Braden Q);
- na admissão observar a existência pré-intervenção de UPP ou outras lesões de pele.

Muito Alto Risco	≥9 pontos
Alto Risco	10-12 pontos
Médio Risco	13 -14 pontos
Baixo Risco	15 -18 pontos

<b>Percepção sensorial:</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1- Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2- Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3- Levemente limitado:</b> Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	<b>4- Nenhuma limitação:</b> Responde ao comando verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
<b>Umidade:</b> Nível ao qual a pele é exposta à umidade	<b>1- Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2- Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	<b>3- Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	<b>4- Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física	<b>1- Acamado:</b> confinado a cama	<b>2- Confinado à cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	<b>3- Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	<b>4- Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>2. Bastante Limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Levemente Limitado:</b> Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio
<b>Nutrição:</b> padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito Pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
<b>Fricção e cisalhamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum Problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	








# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UPP

## Identificação do paciente com risco de UPP:

- Sinalizar o paciente com risco de UPP (relógio de mudança de decúbito e sinalização em Placa de Identificação).



Hospital Regional de Santa Maria - DF				
<b>CLÍNICA MÉDICA</b>		<b>ENF./LEITO:</b>		
<b>NOME:</b>				
<b>DATA DE NASC.:</b>	<b>DATA DA ADMISSÃO:</b>	<b>DPA:</b>		
				
RISCO DE QUEDA	RISCO DE UPP	RISCO DE TVE	ALERGIA	ISO. DE CONTATO

## Implementação de ações preventivas conforme classificação:

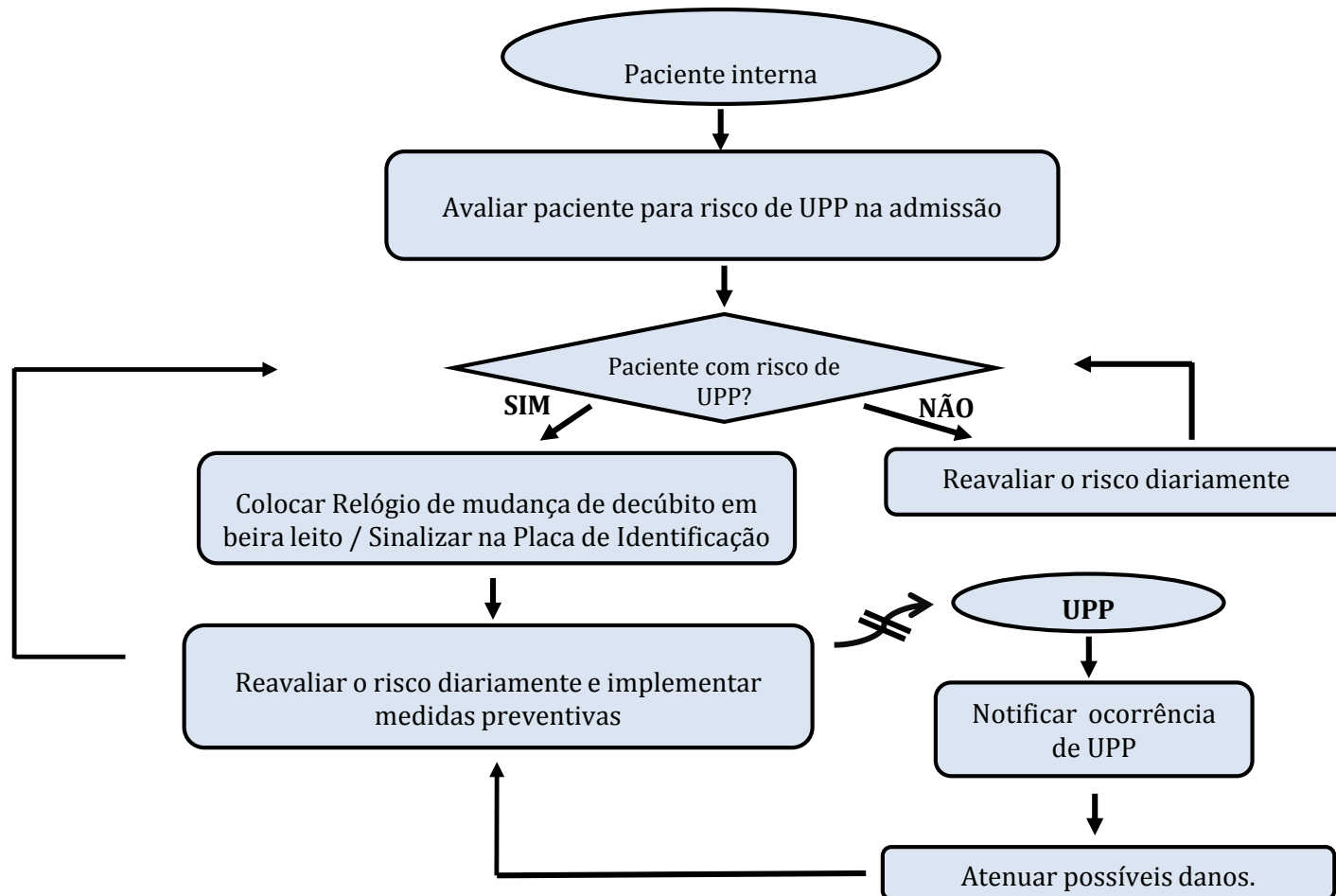
### **BAIXO RISCO:** 15-18 pontos

- 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.

# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UPP

## Implementação de ações após UPP:

- Fluxo e meio de notificação de Incidentes



# NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

**SEGURANÇA  
DO PACIENTE**

# NQSP

## Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

- CONCEITO:
- Através da Portaria nº 529, de 01 de Abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Considerando que a gestão de risco voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de **gerenciamento de risco** (...).

- CONSTITUI:
- Promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviço de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e Núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde.

# NQSP

## Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

- Art. 4º :
  - I. Segurança do Paciente: Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
  - II. 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 biológico.
  - III. Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
  - IV. Evento adverso: incidente que resulta em danos ao paciente;
  - V. Cultura de Segurança: configuração (...)
  - VI. 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.



# NQSP

## Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

### Desfecho do paciente/ Grau do dano:

( )	NENHUM	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
( )	LEVE	Paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação)
( )	MODERADO	Necessitou de intervenção (por ex. procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
( )	GRAVE	Necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico/cirúrgica ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita.
( X )	ÓBITO	Causado pelo evento adverso

# NOTIFICAR:



## NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS – NQSP/HRG

Esse formulário é sigiloso e não tem caráter punitivo.

### NOTIFICAÇÃO

SETOR NOTIFICANTE:	SETOR NOTIFICADO:
DATA E HORA DO EVENTO:	DATA E HORA DA NOTIFICAÇÃO:
NOME COMPLETO DO PACIENTE:	
Nº DA SES:	DATA DE NASCIMENTO:
SERVIDORES ENVOLVIDOS/ NOTIFICANTE :	

### EVENTO

<input type="checkbox"/> BRONCOASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> FLEBITE	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO NA UTI < 24H
<input type="checkbox"/> PERDA DE SNE OU SNG	<input type="checkbox"/> PERDA DE PAI	<input type="checkbox"/> PERDA DE SVD
<input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	<input type="checkbox"/> REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	<input type="checkbox"/> PAV
<input type="checkbox"/> ICS	<input type="checkbox"/> ÚLCERA POR PRESSÃO	<input type="checkbox"/> ERRO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
<input type="checkbox"/> LESÃO DE PELE	<input type="checkbox"/> ERRO DE MEDICAÇÃO (FALHA NOS 9 CETOS)	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO
<input type="checkbox"/> REAÇÕES MEDICAMENTOSAS	<input type="checkbox"/> ITU	<input type="checkbox"/> PERDA DE DISPOSITIVO INVASIVO
<input type="checkbox"/> PERDA DE MATERIAL BIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> TECNOVIGILÂNCIA	
<input type="checkbox"/> FALHAS NO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA	<input type="checkbox"/> FALHA NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	
<input type="checkbox"/> COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS		
<input type="checkbox"/> OUTROS:		

### CLASSIFICAÇÃO

<input type="checkbox"/> SEM DANO	<input type="checkbox"/> DANO LEVE	<input type="checkbox"/> DANO MODERADO	<input type="checkbox"/> DANO GRAVE
<input type="checkbox"/> EVENTO COMUNITÁRIO	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> NÃO CONFORMIDADE
<input type="checkbox"/> QUASE ERRO	<input type="checkbox"/> PROBLEMA IDENTIFICADO:		

### DESCRIÇÃO DO EVENTO

--

### AÇÃO CORRETIVA IMEDIATA

--

### AÇÃO DO SUPERVISOR / CHEFE

--

CASO QUEIRA RETORNO DAS AÇÕES TOMADAS PELO NQSP, IDENTIFIQUE E-MAIL OU TELEFONE

E-mail: [qualidade.segurancadopaciente@gmail.com](mailto:qualidade.segurancadopaciente@gmail.com)

**Para se ter qualidade:**

**“É necessário criar uma atmosfera organizacional ou cultura em que a segurança seja entendida e aceita como a prioridade número 1”**

*Lord Cullen*



# FIM

*Rayanne Cristina Araujo Balbino – Enfermeira*

Chefe do NQSP/HRG

Ramal: 9733

E-mail: [qualidade.segurancadopaciente@gmail.com](mailto:qualidade.segurancadopaciente@gmail.com)

Pasta Compartilhada: NQSP (\\hrg-nti-01)