

Protocolo

Protocolos de segurança do paciente
com transtorno mental



QUIDARTECH

Protocolos de segurança do paciente com transtorno mental

Autores: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil, Eliane de Fátima Almeida Lima, Cândida Caniçali Primo.

Tipo da produção: Desenvolvimento de produto ou Desenvolvimento de técnica

Como citar: VANTIL, F. C. S. et al. Protocolos de segurança do paciente com transtorno mental. Vitória: UFES, 2017. Disponível em: <http://www.cuidartech.com.br>

Propriedade intelectual: Todo o conteúdo está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY-NC. Os materiais podem ser solicitados para uso em outras instituições resguardando os direitos autorais. Entre em contato conosco.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Este material é parte da dissertação de mestrado de VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoli. Gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental. Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2017. Linha de Pesquisa: Organização e avaliação dos sistemas de cuidados à saúde.

Tecnologia gerencial denominada protocolos de segurança do paciente, constituída por sete protocolos, quais sejam: Identificação Correta do paciente; Higienização de mãos; Prevenção de Violência; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Evasão de Pacientes; Prevenção de Lesão por Contenção; Prevenção de Quedas.

Os protocolos possuem a formatação padronizada, e apresentam um cabeçalho de identificação e rodapé com dados sobre versão e data, elaboração e aprovação do documento. Cada protocolo possui uma

sequência de componentes: Definição, finalidade, abrangência, fatores de risco, medidas para prevenção, como proceder (no caso específico de cada protocolo, exemplo na evasão do paciente, queda, entre outros), notificação, indicadores e referências.

GESTÃO DE RISCOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	
Protocolo de Segurança do Paciente	Pesquisadora principal: Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil (Mestranda) Orientadora: Profª Drª Eliane de Fátima Almeida Lima Coorientadora: Profª Drª. Cândida Caniçali Primo

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA

- A Violência é definida como ação ou efeito de empregar força física ou intimidação moral contra si próprio ou outrem.
- Violência sexual: entendida como qualquer forma de atividade sexual não consentida¹.
- Violência física: entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal ².

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

- Reduzir a ocorrência de violência física entre pacientes e entre paciente e funcionários nas dependências do hospital;
- Evitar episódios de violência sexual;
- Reduzir a auto agressão.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA VIOLÊNCIA

Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental

- Delírios persecutórios;
- Dificuldade de comunicação do paciente;
- Possível vulnerabilidade do paciente submetido à medicação psicotrópica;
- Hipersexualização;
- Ausência de noção de morbidade;
- Lentificação psicomotora;
- Quadro de abstinência de álcool e outras drogas;
- Agitação psicomotora e hostilidade.

Relacionadas ao ambiente hospitalar

- Déficit de profissionais;
- Enfermaria única para pacientes agudos e pacientes estabilizados;
- Falta de conduta adequada frente a um ato de violência;
- Falta de empatia do paciente com o funcionário ou com outro paciente;
- Não dar credibilidade a relatos de pacientes que sofreram alguma violência;
- Abordagem imprópria do funcionário com o paciente;
- Possível entrada de pertences considerados perigosos, como os pontiagudos.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

1. Adequar o número de profissionais para monitoramento;
2. Enfermaria separadas de acordo com o quadro (agudos ou estabilizados);
3. Capacitação e sensibilização dos profissionais sobre a abordagem ao paciente;
4. Orientar a família sobre a importância de não trazer pertences potencialmente perigosos;

5. Orientar, quando possível, o paciente sobre evitar situações e desentendimentos;
6. Adequação das medicações psicotrópicas;
7. Não fazer abordagem individualmente em pacientes potencialmente agressivos;
8. Fazer remanejamentos, entre as enfermarias, necessários de funcionários e/ou pacientes, baseados no risco de agressão.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

1. Fazer o primeiro atendimento conforme as instruções de primeiros socorros em caso de trauma;
2. Comunicar ao médico e enfermeiro de plantão sobre a ocorrência;
3. O médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames, testes rápidos, execução de procedimentos (sutura, imobilização, encaminhamento para DST/AIDS, etc) ou transferência para Serviço de Referência;
4. Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado;
5. Efetuar notificação no sistema eletrônico;
6. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
7. Posteriormente, realizar atendimento com o paciente e profissional para compreender a situação de violência e evitar novos episódios;
8. Em caso de violência contra o funcionário, o mesmo deve ser encaminhado ao Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho para demais providências.

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de violência física com dano.
- Ocorrência de violência sexual.

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de violência física com dano.
- Número de violência sexual.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013.
2. BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. 2006.
3. GOMES, F.A. et al. Agressividade e Agitação Psicomotora. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 110-126.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

DEFINIÇÃO DE QUEDA

- Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano¹.

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e pátios.

- Conscientizar sobre o cuidado multiprofissional para promoção de um ambiente seguro.
- Orientar o paciente, quando for capaz de entender, e seus familiares em relação à prevenção de quedas.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental

- Incontinência urinária;
- Uso de medicamentos psicotrópicos;
- Hipotensão postural;
- Agitação psicomotora.
- Comprometimento sensorial e de equilíbrio corporal.

Relacionadas ao ambiente hospitalar

- Presença de escada para acesso ao pátio;
- Presença de água em dias chuvosos nas áreas de circulação de pacientes, tornando o piso escorregadio;
- Lâmpadas queimadas sem troca imediata.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. Avaliação contínua, pelos profissionais que assistem ao paciente, se o mesmo apresenta risco para quedas (desequilíbrio corporal, sonolência). Em caso positivo, aumentar o monitoramento e se possível, restringir o acesso aos locais de perigo, como a escada;
2. Difundir com a equipe os riscos de queda dos pacientes e as medidas de prevenção;
3. Retificar com a equipe de higienização a necessidade de sinalização de áreas molhadas com a imediata correção do perigo; inclusive, lavar apenas quando os pacientes não estiverem circulando;

4. Efetuar manutenção preventiva e corretiva dos telhados;
5. Trocar, imediatamente, lâmpadas com defeito;
6. Orientar aos familiares a importância de prevenir quedas, e alertar, principalmente em dias chuvosos, sobre o risco de ter áreas molhadas e escorregadias na área de visita familiar;
7. Aumentar a vigilância e atenção dos profissionais com relação à escada de acesso ao pátio;
8. Diminuir a altura das camas, quando necessário.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE QUEDA

1. Fazer o primeiro atendimento conforme as instruções de primeiros socorros em caso de trauma;
2. Comunicar ao médico e enfermeiro de plantão sobre a ocorrência;
3. O médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames, execução de procedimentos (sutura, imobilização, etc) ou transferência para Serviço de Referência;
4. Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado;
5. Efetuar notificação no sistema eletrônico;
6. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de quedas com danos.
- Ocorrência de quedas sem danos (inclusive as quase quedas).

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de quedas com danos
- Número de quedas sem danos

- Índice de quedas (número de quedas/número de pacientes dia) X 1000

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Segurança do Paciente. Anexo 01: Protocolo Prevenção De Quedas. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em 06 Jan. 2017.
2. OLIVEIRA, Roberta Meneses et al . Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 Jan. 2017.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTE

DEFINIÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES

- Evasão é a saída do paciente do hospital sem autorização da equipe de saúde, sem solicitação da família e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EVASÃO DE PACIENTES

- Garantir a continuidade da assistência ao paciente na Unidade de Internação;
- Garantir a integridade física e psíquica do paciente e da sociedade;
- Evitar danos decorrentes da evasão de paciente com juízo de realidade prejudicado por crise psiquiátrica.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO EVASÃO DE PACIENTES

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA EVASÃO DE PACIENTES

Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental

- Aspectos do quadro psiquiátrico;
- Abstinência alcoólica e química;
- História prévia de evasão em internações anteriores;
- Ausência de noção de morbidade;
- Agitação psicomotora.

Relacionadas ao ambiente hospitalar

- Déficit de funcionários;
- Comunicação inadequada entre as equipes sobre a condição do paciente;
- Falta de qualificação profissional;
- Inadequação do perfil do profissional de saúde ao local de trabalho;
- Estrutura arquitetônica do hospital;
- Pacientes com problemas sociais.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE EVASÃO DE PACIENTES

1. Na admissão, informar a família sobre as normas e rotinas do hospital, sobre os objetivos da internação, a imprecisão do período de alta e a necessidade de restrições dependendo das circunstâncias psiquiátricas; nos atendimentos e atividades terapêuticas, dialogar as questões citadas acima com os pacientes;
2. Executar controle de entrada e saída de pacientes na unidade hospitalar;
3. Informar aos familiares sobre as condições de saúde do paciente e solicitar apoio afetivo, cuidados e visitas;

4. Transmitir ao paciente informações coerentes e pactuadas com toda a equipe quanto à alta, para que não sejam fornecidas informações equivocadas;
5. Detectar comentários, condutas ou atitudes do paciente que tragam suspeita de evasão. Observada tal informação, deve-se transmiti-la aos demais membros da equipe, para aumento do monitoramento;
6. Oferecer apoio psicossocial que possa diminuir o nível de estresse e sofrimento psíquico do paciente;
7. Registrar nos livros da enfermagem e no prontuário informatizado que o paciente apresenta risco de evasão.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE EVASÃO DE PACIENTES

1. Notada a ausência do paciente, é necessário comunicar a todos os profissionais sobre a sua provável evasão e tentar localizá-lo nas dependências do hospital;
2. Uma vez confirmada a evasão, relatar o fato aos coordenadores de enfermagem e da equipe psicossocial;
3. Contactar o CIODES (Polícia Militar) através do número 190;
4. Avisar aos familiares e/ou representante legal;
5. Registrar o incidente às autoridades policiais através de Boletim de Ocorrência (BO) online através do site da Polícia Civil do Espírito Santo (www.pc.es.gov.br), link delegacia virtual, imediatamente pelo profissional que estava responsável pelo paciente no momento;
6. Relatar a ocorrência nos instrumentos de registro (prontuário informatizado e livros de enfermagem) com detalhes da circunstância, ações tomadas, horário, ocorrência no CIODES, número do registro do B.O e outras informações que julgar úteis;
7. Caso o paciente esteja internado por ordem judicial, elaborar relatório multidisciplinar informando ao judiciário a ocorrência da evasão;
8. Retirar a prescrição do paciente da enfermagem e anexar ao prontuário;

9. Aguardar até 72h após a evasão para possível retorno do paciente ao hospital. Findado o prazo, dar alta por evasão e liberar leito para nova internação.
10. Em caso de internação compulsória, não há prazo pré-definido (sujeito a avaliação da equipe psicossocial, direção técnica do hospital e médico assistente);
11. Efetuar notificação no sistema eletrônico;
12. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

NOTIFICAÇÃO DE EVASÃO

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de evasão de paciente.

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de evasão de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Portaria Nº 312, DE 30 de abril de 2002. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_P312_02informes.doc>. Acesso em 09 jan. 2017.

PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

DEFINIÇÃO DE PRÁTICAS SEGURAS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- É o conjunto de medidas e condutas que visam garantir a prescrição e administração correta de medicamentos ao paciente.

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

- Promover práticas seguras no uso de medicamentos no estabelecimento de saúde.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA ERROS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Estado de consciência do paciente;
- Situações de simulação do paciente quanto à ingestão do medicamento oral;
- Pacientes em leitos próximos dentro da mesma enfermaria com nomes iguais ou similares;
- Delírios do paciente, com verbalização de nomes fictícios;
- Falta de informações importantes, como se o paciente é alérgico;
- Utilização de expressões vagas (se necessário, SOS, sem outras informações de dose máxima, etc);
- Déficit de profissionais.

PRÁTICAS SEGURAS PARA A PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Identificação do paciente – seguir condutas descritas no Protocolo de Segurança de Identificação Correta de Pacientes; A prescrição deve conter cabeçalho com dados do paciente;
2. Sinalização em sistema eletrônico de prescrição com um “alerta” sobre a alergia do paciente, que será informada na primeira prescrição do paciente na instituição;

3. Alimentar planilhas de controle para medicamentos com longos intervalos de administração;
4. Garantir que o paciente ingeriu a medicação oral;
5. Identificação do prescritor na prescrição – Deve conter nome, número do conselho e assinatura;
6. Identificação da data de prescrição – Deve conter data de prescrição e quando a prescrição for válida para mais de um dia, conter essa informação;
7. Legibilidade – A prescrição deve estar legível, para que não haja dúvidas quanto ao medicamento, via e posologia.
8. Uso de abreviaturas – Devem ser evitadas. Se for realmente necessário, a disponibilização de uma lista de abreviaturas é recomendada.
9. Denominação dos medicamentos – Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional.
10. Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes – Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra diferenciada. Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA e CloZAPINA. O enfermeiro pode sinalizar essa diferença.
11. Expressão de doses – Quando houver prescrição de unidades de medidas não comuns no ambiente hospitalar, escrever por extenso. Exemplo: microgramas.
12. Alergias – Sinalizar no prontuário. Recomenda-se que em toda prescrição emitida contenha a informação sobre a alergia ou efeitos colaterais ocorridos anteriormente.
13. Padronização de medicamentos – O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

14. Utilização de expressões vagas – Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário” ou “SOS”, deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).
15. Prescrição de antibióticos - Deve ser preenchida a ficha de autorização de prescrição de antimicrobiano para os medicamentos controlados pela SCIH.
16. Prescrições verbais – Em situações de urgência/emergência, as prescrições verbais podem ocorrer, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento.
17. Técnicas para administração de medicamentos: seguir o Procedimento Operacional Padrão número 35 da Instituição.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE ERROS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Comunicar o fato ao enfermeiro de plantão;
- O enfermeiro deverá investigar imediatamente se houve a ocorrência de evento adverso (administração de medicação de um paciente em outro, etc). Em caso positivo, o médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames ou outras condutas;
- Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado;
- Efetuar notificação no sistema eletrônico;
- O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

NOTIFICAÇÃO DE ERROS NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de erro na prescrição do medicamento;

- Ocorrência de erro na dispensação do medicamento pela farmácia;
- Ocorrência de erro na administração do medicamento no paciente.

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de eventos adversos devido aos erros na prescrição e administração de medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. REBRAESP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente. **Manual para profissionais da saúde**. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Segurança do Paciente. Anexo 03: Protocolo de segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos. Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf>. Acesso em 05 mai.2016.

PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

DEFINIÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- HIGIENE SIMPLES DE MÃOS - Processo realizado com água e sabão Líquido, com a finalidade de remover sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas; remover a microbiota transitória da camada mais superficial da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas por contato; prevenindo e reduzindo as infecções causadas pela transmissão cruzada¹.
- HIGIENE ANTISSÉPTICA DAS MÃOS - FRICÇÃO ALCOÓLICA - Processo realizado com solução alcoólica, quando as mãos não estiverem

visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais e poderá substituir a higienização das mãos com água e sabão nesses casos².

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Evitar contaminação e infecções decorrentes da má higienização das mãos.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA HIGIENIZAÇÃO INCORRETA DAS MÃOS

- Falta de conscientização sobre a importância da higienização de mãos, bem como das complicações que podem ocorrer no paciente e no funcionário, como as infecções;
- Falta de condições de infraestrutura, equipamentos e materiais para o processo (lavatório, álcool, sabão, papel toalha).

MEDIDAS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- Conscientizar os profissionais, pacientes e acompanhantes sobre a higienização de mãos;
- Difundir o processo de higienização correta das mãos;
- Fixar cartazes informativos sobre a importância e técnica correta de higienização;
- Fazer vigilância de processo e de condições de infraestrutura, equipamentos e materiais para a higienização de mãos.

DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

HIGIENE SIMPLES DE MÃOS

1. Retirar anéis, aliança, relógio e pulseiras das mãos;
2. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar na pia;
3. Aplicar de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;
4. Ensaboar as mãos, friccionando-as entre si por no mínimo três vezes consecutivas, em todas as faces das mãos: palmas, dorso,

espaços interdigitais, articulações, polegares, extremidades dos dedos e punho conforme figura abaixo;

5. Enxaguar as mãos em direção ao cotovelo, evitando o contato com a torneira;
6. Secar as mãos, com papel toalha, iniciando pelas mãos e terminando nos punhos;
7. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

HIGIENE ANTISSÉPTICA DAS MÃOS - FRICÇÃO ALCOÓLICA

1. Retirar anéis, aliança, relógio e pulseiras das mãos;
2. Colocar de 3 a 5 ml de solução nas mãos;
3. Friccionar as mãos por aproximadamente 20 a 30 segundos em todas as faces das mãos: palmas, dorso, espaços interdigitais, articulações, polegares, extremidades dos dedos e punho conforme figura abaixo;
4. Efetuar fricção até secagem da solução utilizada. Não utilizar papel.

VIDE ANEXOS.

VIGILÂNCIA DE PROCESSO

A cada três meses, será realizada pelo SCIH/HEAC a vigilância do processo de higienização de mãos. O registro será feito por categoria profissional em ambos turnos.

- Critério: Houve higienização de mãos nos momentos oportunos?

NOTIFICAÇÃO DE DIFICULDADES NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de falta de condições para higienizar as mãos.

INDICADORES

Baseados na Vigilância de Processo, será calculado trimestralmente:

- Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Ministério da Saúde). Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília, 2009.
2. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR Oct 25, 2002.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



- 1.** Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar-se à pia.
- 2.** Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
- 3.** Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
- 4.** Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, (e vice-versa) entrelaçando os dedos.
- 5.** Entrelace os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
- 6.** Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, (e vice-versa) segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.
- 7.** Esfregue o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, (e vice-versa) utilizando movimento circular.
- 8.** Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, (e vice-versa) fazendo movimento circular.
- 9.** Esfregue o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, (e vice-versa) utilizando movimento circular.
- 10.** Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
- 11.** Seque as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabão líquido comum por um associado a anti-séptico.



Fonte: ANVISA (Ministério da Saúde). Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília, 2009.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização das Mãos com preparações alcoólicas
(Gel ou Solução a 70% com 1-3% de Glicerina)

- 
- 

1. Aplique na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
 - 

2. Friccione as palmas das mãos entre si.
 - 

3. Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.
 - 

4. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.
 - 

5. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos.
 - 

6. Friccione o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.
 - 

7. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita (e vice-versa), fazendo um movimento circular.
 - 

8. Friccione os punhos com movimentos circulares.
 - 

9. Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha.

Fonte: ANVISA (Ministério da Saúde). Segurança do paciente: Higienização das mãos. Brasília, 2009

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO

DEFINIÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica. Contudo ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas¹.

Esse procedimento objetiva restringir os movimentos do paciente agressivo/ agitado, limitando sua habilidade de movimento quando esse oferece perigo para si e para terceiros, através de dispositivos mecânicos possibilitando, pelo uso das faixas, um relaxamento progressivo, uma diminuição da agressividade e agitação e uma percepção dos limites corporais².

A lesão por contenção mecânica ocorre quando a técnica é feita incorretamente, gerando uma lesão no paciente.

FINALIDADE DO PROTOCOLO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

- Evitar a ocorrência de lesão por contenção mecânica nos pacientes que necessitam deste procedimento;
- Conscientizar os profissionais sobre o dano que pode ser causado com uma técnica incorreta de contenção mecânica;
- Orientar os profissionais de saúde sobre a indicação da utilização da contenção mecânica;
- Instigar os profissionais a repensar a sua finalidade, indicação e modos de usá-la, para que seja um procedimento terapêutico e não de repressão.

ABRANGÊNCIA DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

- Todos os setores do HEAC.

FATORES DE RISCO PARA LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

Relacionadas ao indivíduo com transtorno mental

- Agitação psicomotora.
- Comportamento violento (aquele que conduz ou ameaça conduzir a dano físico em pessoas ou objetos).

Relacionadas ao ambiente hospitalar

- Material inadequado para contenção;
- Cama sem local para fixar os pontos de contenção;
- Técnica inadequada para conter o paciente.

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

1. A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina – que trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil - sinaliza que a indicação e a prescrição de contenção física ao paciente psiquiátrico competem ao médico.
2. Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 1º)
3. A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 2º)
4. É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 3º)
5. Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 4º)
6. Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de sinais vitais e de

condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora (RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012, Art. 4º, parágrafo 1º)

7. Um integrante da equipe deve permanecer junto ao cliente e dar-lhe assistência integral de enfermagem, durante todo o tempo em que permanecer contido, observando: Hidratação, sempre que solicitada pelo cliente e de acordo com sua necessidade, e alimentação com a cabeceira da cama elevada; Higiene; Mudança de decúbito, estando atento às faixas de contenção para evitar pressão no local e garroteamento; Vestimentas e proteção adequadas à temperatura do ambiente; Eliminações - atender às solicitações do cliente ou levá-lo ao sanitário em períodos regulares, se ele estiver em condições, caso contrário colocar o patinho, comadre ou fralda.

INDICAÇÕES PARA CONTENÇÃO MECÂNICA^{1,2}

- Pacientes com agitação psicomotora, confusão mental, agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a terceiro e que não responderam às intervenções verbais e medicamentosas (menos restritivas);
- Pacientes em risco de evasão e auto-extermínio;
- Imobilização para prevenção de quedas após sedação ou quadros de confusão mental;
- Alto risco de degradação do ambiente como janela, mobiliários, equipamentos, dentre outros;
- Por solicitação do próprio paciente e/ou família para garantir diagnóstico e tratamento;
- Para evitar quedas, seja em crianças, pacientes agitados, semi conscientes, inconscientes ou demenciados, drogados ou em síndromes de abstinência;
- Nos casos de agitação pós-operatória;
- Para alguns tipos de exames ou tratamentos;
- Nos casos de pacientes não colaborativos na manutenção de sondas, cateteres, drenos, curativos.

DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS PARA CONTENÇÃO MECÂNICA

Seguir Procedimento Operacional Padrão número 20 da instituição.

COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES DE LESÃO POR CONTENÇÃO MECÂNICA

1. Fazer o primeiro atendimento conforme as instruções de primeiros socorros em caso de trauma ou ferida;
2. Comunicar ao médico e enfermeiro de plantão sobre a ocorrência;
3. O médico fará a avaliação e se necessário, solicitação de exames, execução de procedimentos (sutura, imobilização, etc) ou transferência para Serviço de Referência;
4. Evoluir a ocorrência no prontuário informatizado;
5. Efetuar notificação no sistema eletrônico;
6. O evento adverso será investigado pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

NOTIFICAÇÃO DE LESÃO POR CONTENÇÃO

Notificar em sistema eletrônico de notificação da instituição:

- Ocorrência de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica.

INDICADORES

Baseados no Sistema eletrônico de notificações, o NSP fará o monitoramento dos indicadores mensalmente:

- Número de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica.

REFERÊNCIAS

1. PAES, Marcio Roberto et al. Contenção física em Hospital Psiquiátrico e a prática da enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):479-84. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf>>.
2. GOMES, F.A. et al. Agressividade e Agitação Psicomotora. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editores. Emergências psiquiátricas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 110-126.

3. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1952/2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1952_2010.htm>. Acesso em 30 abr. 2017.
4. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em 30 abr. 2017.

Protocolo de Prevenção de Lesão por Contenção	Versão 01. Data: __/__/__
Elaborado por Equipe Multiprofissional HEAC/ Pesquisadora Fernanda Cordeiro Sirtoli Vantil	Aprovado por Equipe Multiprofissional HEAC / Direção Técnica HEAC

REALIZAÇÃO:



APOIO:



REGISTRO:

A produção técnica foi registrada na Secretaria Estadual de Saúde e encontra-se implantada no serviço.