Práticas Seguras para Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé



UNIVAS
UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

UNIVÁS
Pouso Alegre - MG
2018

Gonzaga, Luiza Carla Fonseca Renó

Práticas seguras para prevenção de lesões cutâneas./ Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga e Geraldo Magela Salomé – Pouso Alegre: Univás, 2018.
153p. : il.

ISBN: 978-85-67647-51-7

1. Segurança do paciente. 2, Dano ao paciente. 3. Cuidados de enfermagem. I. Salomé, Geraldo Magela. II. Título

CDD 610.73

Criação e informação
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga e Geraldo Magela Salomé – Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde
Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)
Avenida Coronel Alfredo Custódio de Paula – Centro
37550-000 – Pouso Alegre, MG. www.univas.edu.br

Equipe de Elaboração
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga (Discente)
Prof. Dr. Geraldo Magela Salomé (Orientador)

Editora: Univás

Projeto Gráfico e Diagramação
Cristiane Reis da Silva Costa
35-991473006

Revisão
Antonia Cileide Pereira
Rua São Jorge, 52- Apto. 33, Tatuapé. São Paulo/ CEP: 03.087-000

Bibliotecária da Universidade do Vale do Sapucaí
Lucilene Marques

Desenhos
Antônio Carlos Severino
Rua Euclides Cintra, 297 - Brasópolis- MG, CEP 37.530-000
Endereço eletrônico: tonhoseverino@yahoo.com.br
Tel: (35) 99147-4497
Tiragem: 100 exemplares

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte, que não seja para qualquer fim comercial e que haja autorização prévia, por escrito, do autor. Distribuição gratuita.

Sumário

Apresentação 08

1 Introdução 11

2 Higiene das Mãos 17

3 Identificação do Paciente 23

4 Prevenção de Queda 27

5 Administração e Preparo de Medicamentos, Cuidados com Dietas e Hemocomponentes 35

5.1 Administração e Preparo de Medicamentos 35

5.2 Administração de Hemocomponentes 41

5.3 Administração de Dietas e Medicamentos Enterais 44

6 Cirurgia Segura 46

7 Acesso Venoso Periférico 71

8 Medidas para Prevenção de Infecções do Trato Urinário 75

9 Higiene Oral 78

10 Promovendo Segurança aos Pacientes com Lesões Cutâneas 83

10.1 Limpeza de Ferida 84

10.2 Desbridamento 87

10.3 Dermatite Associada à Incontinência Urinária 82

10.4 Lesão por Fricção 97

10.5 Lesão por Pressão 104

10.6 Úlcera Venosa 115

10.7 Cobertura Utilizada no Tratamento de Ferida 129

Lista de Abreviaturas

AGE	Ácidos Graxos Essenciais
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente vascular cerebral
DAI	Dermatite associada à incontinência
EUA	Estados Unidos da América
ICS	Infecções de corrente sanguínea
IM	Via intramuscular
IRAS	Infecção relacionada à assistência à saúde
ITB	Índice Tornozelo Braço
ITU	Infecção do Trato Urinário
IV	Via intravenosa
NE	Nutrição enteral
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel Injury
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
PICC	Cateteres centrais de inserção periférica
POI	Pós-operatório imediato
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via oral

Lista de Figuras

Figura 1	Diretrizes do plano de segurança do paciente no serviço de saúde
Figura 2	Cultura de segurança com o paciente
Figura 3	Lesões causadas por dispositivo médico
Figura 4	Evento adverso
Figura 5	Cinco momentos para a higiene das mãos
Figura 6	Técnica de higiene das mãos com água e sabão
Figura 7	Técnica da lavagem das mãos com solução alcoólica
Figura 8	Pulseira de identificação do paciente
Figura 9	Identificação no tornozelo
Figura 10	Identificação de Leito
Figura 11	Queda do paciente
Figura 12	Preparo de medicamentos
Figura 13	Doação de sangue
Figura 14	Hemotransfusão
Figura 15	Administração de dieta enteral
Figura 16	Cirurgia
Figura 17	Punção venosa periférica
Figura 18	Cateterismo vesical de demora
Figura 19	Higiene oral
Figura 20	Lesão cutânea
Figura 21	Limpeza de ferida
Figuras 22a, 22b e 22c	Tecidos de esfacelo
Figuras 23a e 23b	Tecidos necróticos
Figuras 24a e 24b	Coberturas para desbridamento autolítico
Figura 25	Desbridamento instrumental
Figura 26	Desbridamento cirúrgico
Figura 27	Escarotomia
Figura 28	Dermatite associada à incontinência urinária
Figura 29	Categoria 1a - Skin tears sem perda do tecido - sem alteração na coloração da pele
Figura 30	Categoria 1b - Skin tears sem perda do tecido - com alteração na coloração da pele
Figura 31	Categoria 2a - Skin tears com perda parcial do tecido - sem alteração na coloração da pele
Figura 32	Categoria 2b - Skin tears com perda parcial do tecido - com alteração na coloração da pele

Figura 33	Categoria 3 - Skin tears com perda total do tecido
Figura 34	Lesão por pressão estágio 1
Figura 35	Lesão por pressão estágio 2
Figura 36	Lesão por pressão estágio 3
Figura 37	Lesão por pressão estágio 4
Figura 38	Lesão por Pressão não Estadiável
Figura 39	Lesão por pressão não estadiável no calcanhar
Figura 40	Lesão por Pressão Tissular Profunda
Figura 41	Insuficiência venosa crônica
Figura 42	Ulcera venosa
Figura 43	Terço inferior da perna maléolo medial
Figura 44	Hiperpigmentação
Figura 45	Doppler
Figura 46	Palpação do pulso braquial
Figura 47	Braçadeira
Figura 48	Proteção da úlcera.
Figura 49	Posição do esfigmomanômetro
Figura 50	Pulso pedioso tibial posterior
Figura 51	Posição da caneta Doppler
Figura 52	Efeito da terapia compressiva
Figura 53	Bota de Unna
Figura 54	Tipos de coberturas primárias.
Figura 55	Técnica de aplicação da bota de Unna
Figura 56	Circunferência do tornozelo
Figura 57	Aplicação da atadura elástica
Figura 58	Bandagem compressiva de múltiplas camadas
Figura 59	Aplicação de compressa super absorvente
Figura 60	Aplicação da atadura elástica.
Figura 61	Camadas da pele
Figura 62	Cobertura primária
Figura 63	Cobertura secundária
Figura 64	Cobertura mista
Figura 65	Ácidos Graxos Essenciais óleo
Figura 66	Hidrogel
Figura 67	Curativo com Alginato de Cálcio
Figura 68	Curativo com Carvão Ativado
Figura 69	Curativo Adesivo de Hidropolímero
Figura 70	Curativo com Emulsão de Petrolatum

Lista de Quadros

Quadro 1	Fatores que influenciam a adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde, de acordo com a natureza do fator
Quadro 2	Versão adaptada para uso no Brasil da escala de avaliação do risco de queda Johns Hopkins
Quadro 3	Distribuição das ações de prevenção de quedas, segundo os domínios de competências
Quadro 4	Ações do protocolo prevenção de quedas
Quadro 5	Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos – LVSPM
Quadro 6	Lista de Verificação de Cirurgia Segura
Quadro 7	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Perioperatória
Quadro 8	Cheklist para a Segurança do Paciente em Atendimento de Emergência
Quadro 9	Protocolo de orientação para a assistência de Enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica
Quadro 10	Escala de Avaliação Perineal de Nix
Quadro 11	Escala de Braden (versão adaptada e validada para o Brasil)

Apresentação

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança dos pacientes hospitalizados, atendidos nos ambulatórios e em caráter domiciliar que apresentam fatores de risco para adquirir uma lesão cutânea ou que tenham lesões, tornou-se assunto prioritário para os gestores da área da saúde e especialistas na prevenção e tratamento de feridas. Para tratar de uma lesão, é necessário que o profissional tenha conhecimento da fisiologia e anatomia da pele e que tenha um domínio das técnicas da limpeza correta para cada tipo de tecido, das tecnologias inovadoras existentes no mercado, seja para limpeza da ferida ou na escolha da cobertura ideal para a promoção da cicatrização da ferida.

Quando o profissional faz uma limpeza do tecido de granulação viável, por meio de soluções geladas ou frias, ou com o uso da técnica de esfregaço, uso de solução antisséptica, uso de cobertura que tem como objetivo absorver o exsudato da ferida, este profissional estará oferecendo um cuidado sem segurança para o paciente; enfim, promovendo risco e danos para o paciente. Porque nestes dois procedimentos citados acima, o profissional estará traumatizando o tecido, não removendo as bactérias, os resíduos de agentes tópicos, corpos estranhos no leito da ferida e diminuindo a temperatura no leito da lesão, o que tem como consequência a redução da formação dos macrófagos. Estes danos levam à não reparação tecidual da ferida.

Este livro foi construído a partir das informações colhidas nas bases de dados das Ciências da Saúde, como a Biblioteca Cochrane, SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), a MEDLINE (National Library of Medicine-USA), International Nursing Index(INI) e o Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), além de consultar bibliografias, livros e teses da área dos últimos dez anos.

O conteúdo deste livro foi adaptado para uma linguagem de fácil entendimento para a população em geral, porém destina-se aos profissionais

e cuidadores. O livro foi ilustrado de modo que facilite a compreensão das informações repassadas, apresenta a definição de segurança do paciente, descrição dos procedimentos (higienização das mãos, administração e preparo de medicamentos, cuidados com a dieta e hemocomponentes, higiene oral, cirurgia segura, acesso venoso periférico, limpeza de ferida, desbridamento e outros assuntos relacionados à segurança do paciente). Com relação aos tipos de lesões cutâneas, estão descritas as medidas preventivas e as condutas terapêuticas pertinentes às lesões: dermatite associada a incontinências urinárias, lesão por fricção, lesão por pressão, lesões causadas por adesivos utilizados na assistência à saúde, úlcera venosa e os tipos de cobertura.

As recomendações deste livro são atuais, mas poderão ser feitas adequações sistemáticas, quando necessário, uma vez que as pesquisas relacionadas à prevenção e ao tratamento de ferida vêm evoluindo cada vez mais, trazendo novos conhecimentos. De modo geral, este livro consolida o trabalho de prevenção e tratamento das complicações das lesões de pele, pois, ao lê-lo, o leitor encontrará informações necessárias para a segurança do paciente no que se refere à limpeza da ferida, avaliação da ferida, prescrição de cobertura e os tipos de cobertura. Também oferece escalas validadas na língua portuguesa para avaliar os riscos e os possíveis danos associados a risco de queda, administração e preparo de medicamentos, administração de dietas e técnica da fixação da sonda vesical e nasogástrica, higiene oral, cirurgia segura e acesso venoso. Também disponibiliza medidas preventivas e condutas terapêuticas relativas às lesões (dermatite associada à incontinência urinária, lesão por fricção, úlcera venosa, lesão por pressão, lesões causadas por adesivos utilizados na assistência à saúde).

Na tentativa de colaborar nas avalições, prescrições de medidas preventivas e condutas terapêuticas e decisões do dia a dia perante o paciente com lesões cutâneas ou que apresentem fatores de risco para desenvolver qualquer tipo de ferida, os autores optaram pela construção deste livro **“Práticas seguras para prevenção e tratamento de lesões cutâneas”,** que sintetiza e disponibiliza grande quantidade de informações essenciais em relação à segurança do paciente no que diz respeito à avaliação, medidas preventivas e condutas terapêuticas para pacientes com lesões, de forma

condensada e de fácil consulta.

Trata-se de uma obra com uma riqueza de informações e de fácil acesso. Desejamos a você, leitor, uma boa leitura.

1. Introdução

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

O material educativo impresso como meio de informação é utilizado para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento, informar sobre ações preventivas e proporcionar o processo de ensino-aprendizagem.

O objetivo deste manual é orientar de forma educativa os profissionais de saúde, de modo especial a equipe de Enfermagem sobre as questões voltadas para a segurança do paciente hospitalizado, atendido no ambulatório ou que recebe cuidados em ambiente domiciliar.

Na última década, a segurança do paciente tornou-se uma preocupação para os gestores de prestadores de serviços de saúde, entidades de classe, órgãos governamentais e profissionais da área da saúde, configurando uma tendência nacional e internacional. Este tema, atualmente, está sendo debatido e abordado pela mídia nos aspectos que envolvem o impacto dos erros e dos eventos adversos nos sistemas de saúde, seja em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar (LOURENÇÃO & TRONCHIN, 2016; DUARTE *et al.,* 2015).

No cotidiano dos profissionais da saúde, durante o preparo do procedimento ou durante a prestação da assistência, podem acontecer incidentes que comprometem a segurança do paciente. Configuram-se em desafios em todas as instituições que prestam serviços de assistência à saúde. O incidente pode ser sem lesão ou com lesão. Os incidentes com lesão são chamados de Eventos Adversos.

Internacionalmente, entre 2,9% e 16,6% dos pacientes internados são afetados por Eventos Adversos, por exemplo, complicações peri e pós-operatórias, erros de medicação, lesões por pressões, lesões por fricção ou quedas do leito (RUNCIMAN et al., 2009; MAGALHÃES et al., 2013; SILVA et al., 2014; LORENZINI et al., 2014).

A assistência à saúde sempre envolverá riscos, mas esses riscos podem ser reduzidos, quando são analisados e prevenidos, evitando que sejam possíveis causas de eventos adversos.

O paciente, quando hospitalizado, encontra-se numa situação de vulnerabilidade, seja pela evolução natural da doença, pelo procedimento cirúrgico, complicações inesperadas, por uma punção venosa, pela infusão de medicamentos, enfim, por uma série de situações que fogem do seu controle, além do fato de estar em um ambiente que lhe é hostil.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, em seu artigo 3°, define-se segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Fazendo um breve histórico sobre Segurança do Paciente, começou-se a pensar e trabalhar sobre a mesma em 2004, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstrando preocupação com a situação, criou a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente), que tem como objetivos organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos (BRASIL. ANVISA, 2017).

Partindo desta premissa, o Ministério da Saúde, em 2013, junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou a Portaria nº 529/2013, que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a RDC nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente e define plano de segurança do paciente em serviços de saúde. Tal documento aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (Figura 1).



Figura 1: Diretrizes do plano de segurança do paciente no serviço de saúde.

A RDC 36/2013 adota as seguintes definições em seu artigo 3º:

- **Cultura da segurança:** Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança (Figura 2), substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.



Figura 2: Cultura de segurança com o paciente.

- Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito oriundo dele, incluindo doenças, lesão (Figura 3), sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim ser físico, social ou psicológico.



Figura 3: Lesões causadas por dispositivo médico.

- Evento adverso: Incidente que resulta em dano à saúde do paciente (Figura 4).

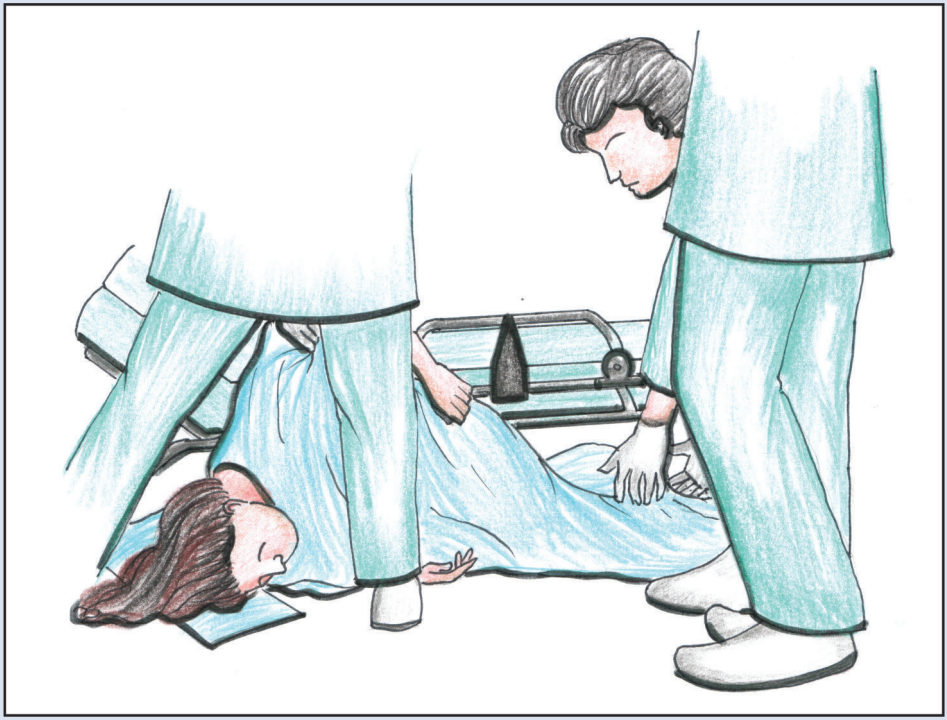


Figura 4: Evento adverso.

Nesse contexto, percebemos o quão importante é para a instituição de saúde investir na implantação de ações voltadas para a segurança do paciente, já que nos dias atuais as tecnologias desenvolvem-se constantemente, exigindo de seus profissionais atenção redobrada nos processos que envolvem o paciente (HENRIQUES, 2016).

2. Higiene das Mãos

Lúcia Helena Rocha Vilela
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é um grande problema de saúde pública. Influencia a morbimortalidade, o tempo de internação e gera gastos com procedimentos de diagnóstico e terapêuticos. A aquisição de novas morbidades durante a internação causa forte impacto para o paciente, sua família e comunidade; podendo este ser: emocional, social e econômico devido à possibilidade de complicações patológicas, dificuldade de cura, atraso na alta, aumento da resistência microbiana e alto custo para pacientes e familiares (OLIVEIRA *et al.,* 2011; LUCIANO *et al.,* 2017)

Durante a prestação do cuidado, as mãos dos profissionais da saúde são contaminadas por agentes patógenos, constituindo-se no principal mecanismo de transmissão de microrganismos de um local para outro, de um paciente para outro ou de um local contaminado para os pacientes (RAIMONDI *et al.,* 2017)

Diversas estratégias vêm sendo implantadas para elevar a adesão à higiene das mãos. No entanto razões para a não adesão à higienização das mãos entre os profissionais da saúde têm sido foco de vários estudos em diferentes países de todos os continentes. Segundo esses estudos, múltiplos são os motivos que podem levar os profissionais a não aderirem à higienização das mãos, os quais podem ser divididos em: materiais, comportamentais ou institucionais (ADAPTAÇÃO WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; OLIVEIRA & PAULA, 2014). (Quadro 1).

Quadro 1 - Fatores que influenciam a adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde, de acordo com a natureza do fator

Fatores materiais		Suprimentos adequados para a higienização das mãos (álcool gel de secagem rápida, pias com torneiras sem necessidade de fechamento manual, dispensadores próximos ao paciente etc.)
		Soluções que não causam irritações de pele
Fatores sociais e comportamentais:	Intrapessoais	Formação acadêmica
		Conhecimento
		Personalidade
		Cultura e religião
	Interpessoais	Identidade social
		Preocupação com a opinião alheia (pressão a ideais da sociedade)
		Papel da sociedade
Fatores institucionais		Retroalimentação (feedback)
		Sobrecarga de trabalho
		Recompensas e aprovações
		Encorajamento de participação ativa em programas de higienização das mãos

Fonte: Adaptação World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care - First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009. P. 72-77.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) ocorrem, na maioria das vezes, a partir de mãos contaminadas de profissionais da área da saúde, quando prestam cuidados ao paciente. Para o controle da disseminação de muitos agentes patogênicos, a medida mais simples, porém muito eficaz, é a higiene das mãos (OLIVEIRA *et al.,* 2010).

"Higiene das mãos" é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos, de forma direta ou indireta, e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (BRASIL. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz, 2013).

A higiene das mãos é uma medida de segurança que garante a proteção de pacientes e profissionais de saúde contra os microrganismos nocivos à saúde (RAIMONDI *et al.,* 2017; PAULA et al., 2017).

A RCD 42, de 25 de outubro de 2010, define alguns termos citados a seguir:

- Higienização das mãos: termo genérico aplicável à higienização simples das mãos, higienização antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e antissepsia cirúrgica das mãos ou preparo pré-operatório das mãos;
- Higienização simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum sob a forma líquida;
- Higienização antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico;
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

Em hospitais, unidades de saúde ou clínicas, o termo higienizar é muito mais do que lavar as mãos com água. Vale lembrar que, nesses lugares, o manejo das pessoas que sofrem com infecções é constante e, consequentemente, os cuidados devem ser dobrados. Higienização engloba adotar práticas diárias e constantes (MARTINE *et al.,* 2014; SILVA *et al.,* 2017; BRASIL. ANVISA, 2017).

Indica-se a lavagem das mãos com água e sabão, quando elas apresentarem sujidade aparente. A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica empregada.

Antes de iniciar qualquer uma dessas técnicas, é necessário retirar adornos (joias, anéis, pulseiras, relógio), pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos (OLIVEIRA & PAULA, 2011).

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes (BRASIL. Ministério da Saúde/ ANVISA / Fiocruz, 2013).

As mãos devem ser higienizadas nos momentos essenciais e necessários dentro do fluxo de cuidados assistenciais para prevenir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), causadas por transmissão cruzada, conforme os cinco momentos para higiene das mãos (Figura 5) (BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA/ Fiocruz, 2013).

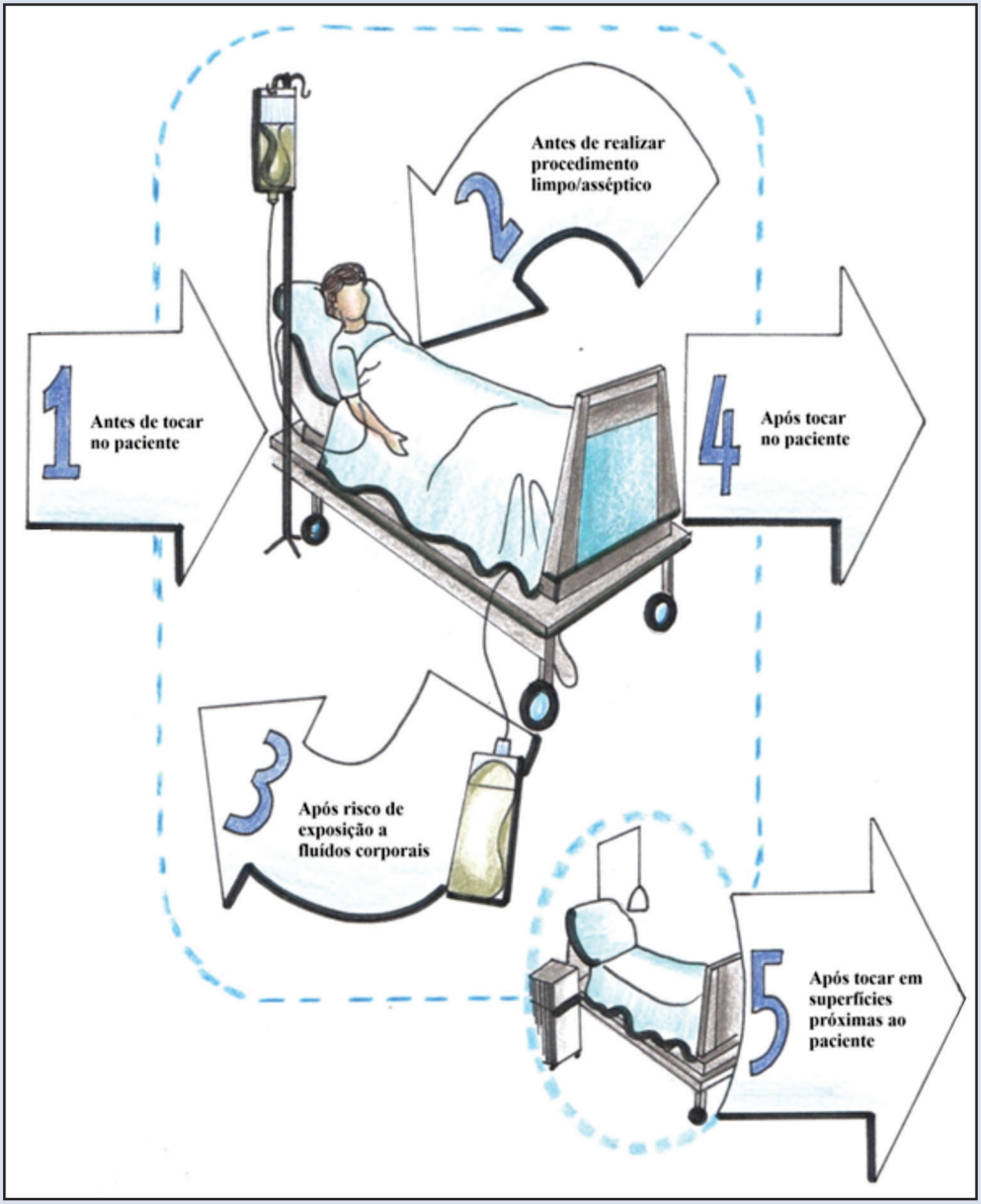


Figura 5: Cinco momentos para a higiene das mãos.

Seguem abaixo os passos para a higienização simples das mãos com água e sabão (Figura 6) (BRASIL. ANVISA, 2013):



Figura 6: Técnica de higiene das mãos com água e sabão.

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para higienização simples das mãos, substituindo-se o sabão por um antisséptico. Exemplo: antisséptico degermante. O uso de antissépticos reduzindo a carga microbiana. Com duração do procedimento: 40 a 60 segundos. (BELELA-ANACLETO *et al.,* 2013; ANVISA, 2013).

Seguem abaixo passos para a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (Figura 7) (BRASIL. ANVISA, 2013).

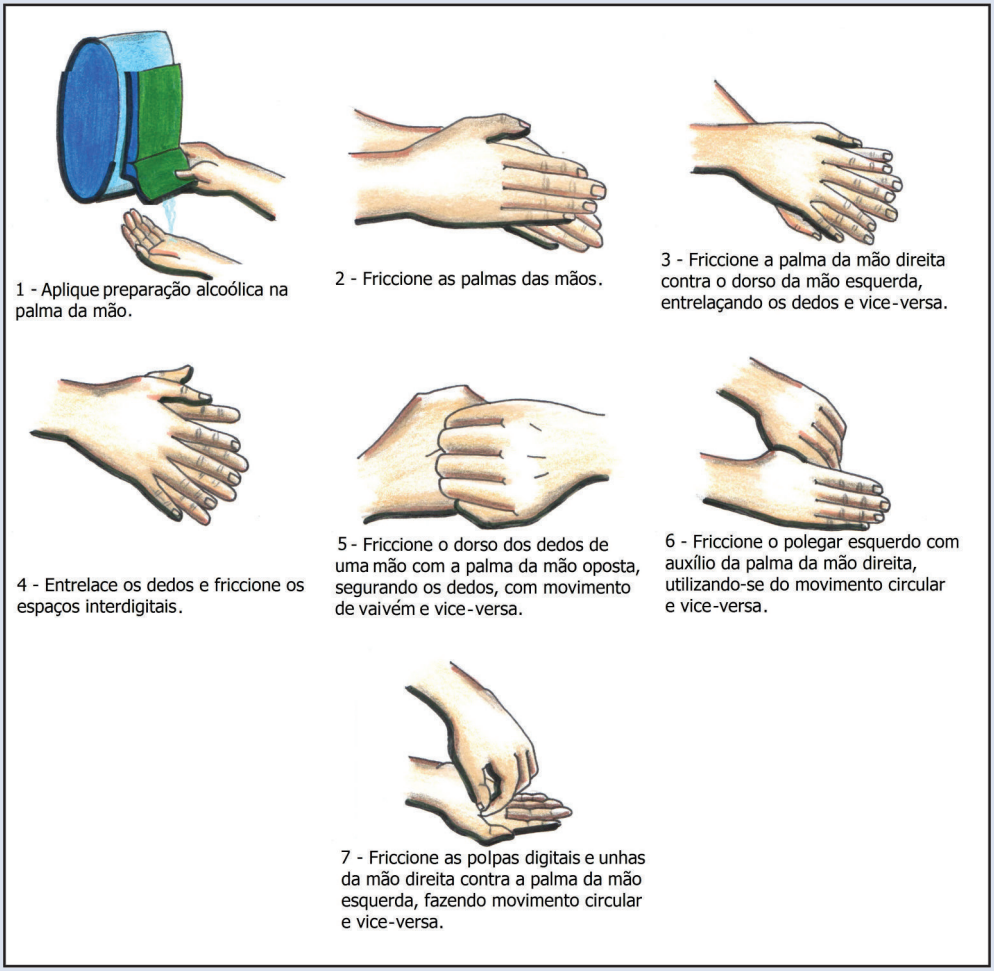


Figura 7: Técnica da lavagem das mãos com solução alcoólica.

3. Identificação do Paciente

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

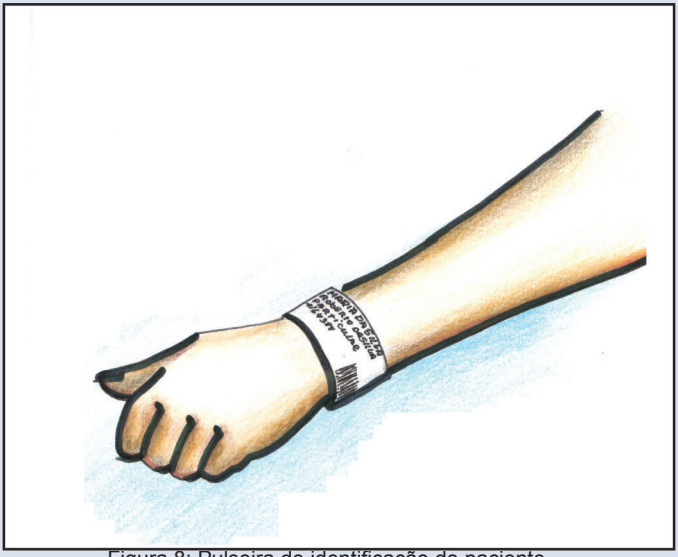


Figura 8: Pulseira de identificação do paciente.

A única maneira de garantir que um tratamento ou procedimento seja destinado a um determinado paciente é a identificação correta deste, prevenindo assim a ocorrência de erros e enganos que possam lesá-lo (BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA/ Fiocruz, 2013).

O profissional de saúde deve assegurar-se de que o paciente certo receba o tratamento correto, para que erros de identificação não acarretem sérias consequências (tipo efeito dominó), envolvendo outros pacientes (GOMES *et al.,* 2017).

A identificação do paciente, em uma instituição de saúde, deverá ser feita por meio da identificação verbal e por meio de pulseiras padronizadas (Figura 8). Os pacientes internados em regime de hospital-dia, atendidos no

serviço de emergência ou no ambulatório, devem ser identificados em sua admissão. Essa identificação deve permanecer durante todo o tempo em que o paciente estiver submetido ao cuidado (BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA/ Fiocruz, 2013).

O local de primeira escolha para a colocação da pulseira de identificação do paciente deve ser no punho; não havendo possibilidade de ser no punho, deve-se optar pela colocação no tornozelo (Figura 9). E no recém-nascido, a pulseira deve ser colocada no tornozelo.

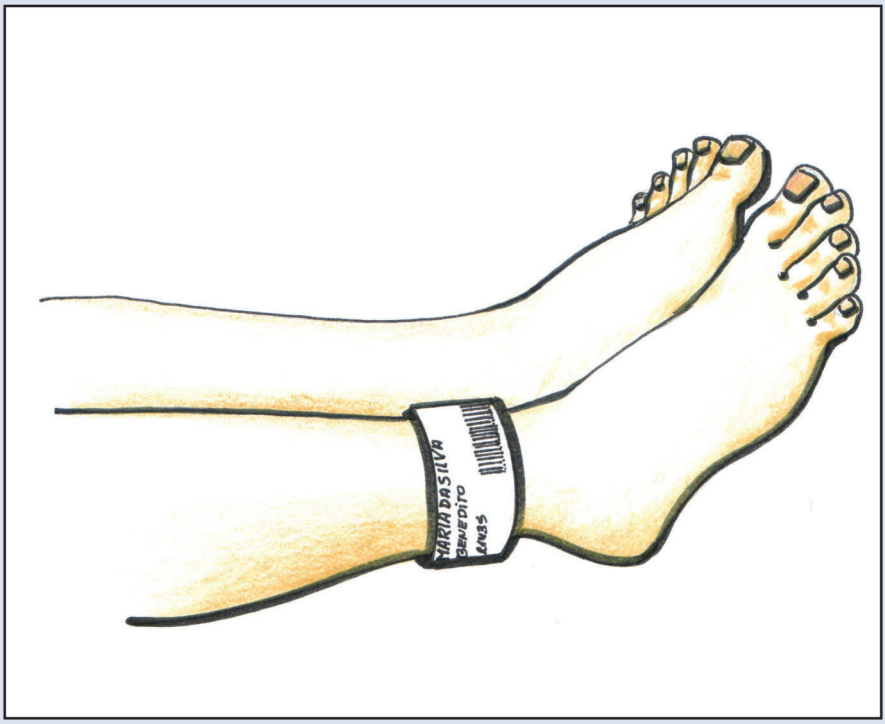


Figura 9: Identificação no tornozelo.

A pulseira deve ser fixada de modo que não restrinja a circulação sanguínea e nem saia com facilidade do corpo do paciente.

É importante que o profissional de saúde, além de conferir dados de identificação da pulseira, formule algumas perguntas ao paciente

a respeito de dados básicos, como nome e data de nascimento, antes de prestar assistência. Caso o paciente esteja impossibilitado de responder a tais questões, solicitar respostas para o familiar ou cuidador. Em setores onde não são permitidos acompanhantes e em que o paciente não esteja em condições de responder a tais questionamentos, a pulseira de identificação é a forma mais segura para identificar o paciente (BRASIL. ANVISA, 2013).

Quando se deve conferir a identidade do paciente?

- Antes do início dos cuidados;
- Nas transferências ou recebimento do paciente de outra unidade ou instituição;
- Antes de qualquer tratamento ou procedimento;
- Antes da administração de medicamentos, soluções, hemoderivados e dietas;
- Antes da coleta de material para exames (PEDREIRA & HARADA, 2009).

Informações importantes:

- Devem-se cruzar as informações contidas nas pulseiras do recém-nascido e da mãe, antes de entregá-lo;
- Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, ele deverá conferir detalhes de sua identificação;
- Pedir que o paciente identifique-se;
- Nunca pergunte ao paciente se “O senhor é o fulano de tal?” (BRASIL. ANVISA, 2013).

Outras formas de identificação, como as identificações contidas nas cabeceiras de leitos ou fixadas nas macas, não são confiáveis e seguras (Figura 10), pois o paciente pode mudar de leito sem o conhecimento da equipe ou ainda ser transferido para outro leito sem que esta identificação seja substituída (HOFFMEISTER & MOURA, 2015; MARCONATO & MONTEIRO, 2017).

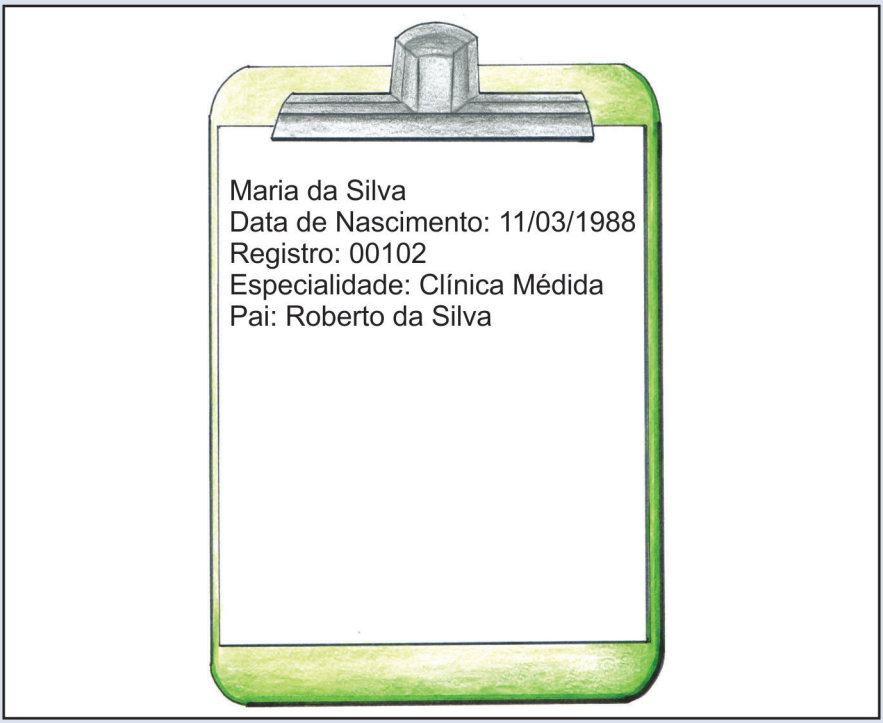


Figura 10: Identificação de Leito.

OBSERVAÇÃO

- Os números do quarto e do leito não podem ser usados como identificação, uma vez que o paciente pode trocar de leito durante sua estadia na instituição de saúde (BRASIL. ANVISA, 2013).

4. Prevenção de queda

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé



Figura 11: Queda do paciente

A queda do paciente é um “Evento não planejado que levou o paciente ao chão, com ou sem lesão (Figura 11).” (PAIVA *et al.,*2010; HOFFMEISTER & MOURA, 2015; MARCONATO & MONTEIRO, 2017; ALVES et al., 2017).

A queda pode estar relacionada com a comorbidade do paciente, idade avançada, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos (que aumentam sintomas como tontura, sonolência, hipotensão, hipoglicemia), alterações de reflexos e/ou hipotensão postural. Tais fatores intrínsecos ao paciente podem ser somados a fatores ambientais e organizacionais (pisos desnivelados, altura inadequada de cadeiras, falta de recursos humanos), potencializando ainda mais o risco de queda nos pacientes (BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA/ Fiocruz, 2013; SAKAI, et al., 2016; GURGEL et al., 2017).

A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não são familiares, são realizados diversos procedimentos terapêuticos e múltiplas prescrições de medicamentos e muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose). Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, produzir repercussões como a perda de confiança da instituição, além de repercussões de ordem legal (BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA/ Fiocruz, 2013; HEMESATH *et al.,* 2015; MOURA *et al.,* 2016).

O paciente deve ser avaliado pelos profissionais da saúde em sua admissão e durante todo o período de sua estadia, de modo a identificar o risco para quedas. O profissional de saúde deve estar atento aos seguintes casos (PEDREIRA & HARADA, 2009; BAIXINHO & DIXE, 2017):

- Crianças menores de 5 anos e idosos acima de 65 anos;
- Alterações psico-cognitivas, como: declínio cognitivo, hiperatividade, depressão e ansiedade;
- Presença de doenças crônicas com: visão reduzida (glaucoma, catarata), acidente vascular cerebral (AVC) prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (exemplo, hipoglicemia);
- Pacientes que apresentam alterações na mobilidade, como: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, andador, muletas), fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores ou deformidades nos membros inferiores;
- Pacientes com pós-operatório imediato (POI) estão mais suscetíveis às quedas.

Seguem abaixo algumas práticas seguras para minimizar as quedas em ambientes hospitalares:

- Colocar sinalização visual identificando o paciente com potencial risco de queda em local visível para toda a equipe multidisciplinar;

- Alocar o paciente que apresentar o risco de queda, preferencialmente, próximo ao posto de Enfermagem do setor onde está internado;
- Manter grades elevadas;
- Adequar os horários das medicações que provocam sonolência;
- Solicitar a presença de acompanhante;
- Orientar pacientes, familiares e acompanhantes quanto aos riscos de queda e suas medidas preventivas:
  - O paciente deve usar calçados antiderrapantes;
  - Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;
  - A deambulação deve ser feita com acompanhamento;
  - Manter grades de cama elevadas durante todo o período;
  - O paciente deve aguardar a equipe de Enfermagem para ser encaminhado ao banho de aspersão, quando se tratar da primeira vez que se levanta em pós-operatório;
  - Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados;
  - Informar à equipe de Enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante.
- No caso de parturientes, após o parto e quando a paciente estiver acompanhada do recém-nascido, as medidas preventivas de queda devem incluir:
  - Avaliação para o nível de risco de queda da puérpera (por exemplo, presença de fadiga, cesariana, medicação para a dor, sedação, problemas psiquiátricos, uso de drogas, experiência prévia com recém-nascido);
  - Deixar o recém-nascido nos braços dos pais ou dos acompanhantes somente quando estes mostrarem as condições necessárias para o ato, sem maiores riscos de queda do recém-nascido;
  - Transportar bebês menores de seis meses em incubadora, berço ou no colo do responsável e este, em cadeira de rodas;
  - Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com o recém-nascido no colo;
  - Evitar pegar o recém-nascido despido no colo;
  - Realizar educação sobre como evitar quedas do bebê para as famílias, destacando o risco de dano por queda, e também

sobre como prevenir sua ocorrência, tanto na área hospitalar como no ambiente externo após a alta. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante toda a permanência da puérpera na maternidade, utilizando-se de linguagem acessível e de fácil compreensão.

- Orientações da equipe multiprofissional:
  - Revisão periódica dos medicamentos – conhecimento sobre efeitos colaterais de medicamentos, os quais aumentam o risco de queda;
  - Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança da paciente;
  - Avaliação do nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;
  - Avaliação diária do grau do risco de queda.
- Transporte seguro
  - O ato de transportar deve reproduzir a extensão da unidade de origem do paciente, tornando-o seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando assim agravar seu estado clínico. Todo transporte de paciente deve ser indicado, planejado e executado mediante uma avaliação criteriosa dos riscos potenciais do deslocamento.

- **IMPORTATE:** registrar no prontuário do paciente todos os procedimentos adotados para a prevenção de quedas.

A seguir, apresentamos dois protocolos e uma escala para avaliação de risco de quedas.

Quadro 2: Versão adaptada para uso no Brasil da escala de avaliação do risco de queda Johns Hopkins

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.		
[ ]	Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança(baixo risco de queda).	
[ ]	Paciente com histórico de duas ou mais quedas nos seis meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da instalação.	
[ ]	Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período de internação.	
[ ]	Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgico há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada, o escore da categoria é 0		Pontos
Idade (selecione apenas uma opção)		
[ ]	60 a 69 anos (1 ponto)	
[ ]	70 a 79 anos (2 pontos)	
[ ]	80 anos ou mais (3 pontos)	
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável).		
[ ]	Uma queda nos seis meses anteriores à admissão (5 pontos).	
Eliminações intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção).		
[ ]	Incontinência (2 pontos)	
[ ]	Urgência ou aumento da frequência (2 pontos).	
[ ]	Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos).	
Uso de medicamento de alto risco de queda: opioides, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (selecione apenas uma opção).		
[ ]	Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos).	
[ ]	Em uso de 2 medicamentos de alto risco de queda (5 pontos).	
[ ]	Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos).	
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). Selecione uma opção		
[ ]	1 equipamento (1 ponto)	
[ ]	2 equipamentos (2 pontos)	
[ ]	3 equipamentos ou mais (3 pontos)	
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos).		
[ ]	Necessidade de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos).	
[ ]	Marcha instável (2 pontos).	
[ ]	Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos).	
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some pontos).		
[ ]	Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto).	
[ ]	Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos).	
[ ]	Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos).	
Somatório de pontos		
*Risco baixo: Escore de 0 a 5 pontos. Risco moderado: Escore de 6 a 13 pontos. Risco alto: Escore > 13 pontos		
Copyright © 2007 by The Johns Hopkins Health System Corporation. All rights reserved.		

Fonte: Martinez MC, Iwamoto VE, Latorre MRDO, Noronha AM, Oliveira APS, Cardoso CEA, et al. Transcultural adaptation of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2783.

Quadro 3 - Distribuição das ações de prevenção de quedas, segundo os domínios de competências.

Ações de prevenção de quedas
Informar ao acompanhante se o paciente está liberado ou não para deambular.
Orientar o paciente e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado aos fatores contribuintes, tais como: idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.
Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a presença de risco para quedas já identificada.
Avaliar o risco para quedas no momento da admissão do paciente.
Avaliar o risco para quedas do paciente diariamente.
Providenciar para que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.
Providenciar para que as crianças com idade > 6 meses ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável, quando forem submetidas a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.
Providenciar para que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.
Acomodar crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.
Manter uma das grades elevadas do leito durante a troca de roupa/fralda do paciente ou da criança.
Verificar, na prescrição, os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio.
Alocar o paciente com história pregressa de queda próximo ao posto de Enfermagem, quando possível.
Registrar no prontuário do paciente o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.
Registrar no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.
Notificar os incidentes com quedas à gerência de riscos e/ou ao núcleo de segurança do paciente (quando existentes).

Fonte: Gurgel SS, Ferreira MKM, Sandoval LJS, Araújo PR, Galvão MTG, Lima FET. Nursing competences in the prevention of falls in children in light of the galway consensus. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(4):e03140016.

Quadro 4 - Ações do protocolo prevenção de quedas:

Categoria	Ação do protocolo
Práticas diretas para prevenção de quedas	1. Identificar o paciente com risco por meio de sinalização à beira do leito ou pulseira.
	2. Programar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s).
	3. Viabilizar a criação de um ambiente seguro para o paciente, conforme a legislação preconiza: pisos antiderrapantes; mobiliário e iluminação adequados; corredores livres de obstáculos.
	4. Movimentar os pacientes de forma segura.
	5. Adequar acomodações e mobiliário de acordo com a faixa etária e o estado clínico do paciente.
	6. Acomodar crianças menores de três anos em berços com grades elevadas na altura máxima.
	7. Acomodar crianças maiores de três anos em camas com as grades elevadas.
	8. Manter o paciente confortável no que tange às eliminações.
	9. Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira para facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída.
	10. Adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico do paciente.
	11. Transportar crianças menores de seis meses em colo do responsável (acompanhante ou profissional de Enfermagem) e este em cadeira de rodas.
	12. Transportar crianças maiores de seis meses em maca ou cadeira de rodas, acompanhada do responsável, quando for submetida a procedimentos com anestesia e sedação.
	13. Agendar cuidados de higiene pessoal.
	14. Realizar uma programação de horários regulares para levar o paciente ao banheiro.
	15. Prestar pronto-atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.
	16. Supervisionar periodicamente o conforto e a segurança do paciente.
	17. Efetuar a troca frequente em caso de uso de fraldas.
	18. Assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.
	19. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados.
	20. Notificar a ocorrência de quedas.
Orientação para paciente família	1- Estimular a elaboração e distribuição de material educativo para prevenção do risco de quedas.
	2- Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.
	3- Orientar aos responsáveis, na hora da medicação, quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas que geram risco para quedas.
	4- Orientar o paciente sobre a importância do uso de calçados e vestuários apropriados.
	5- Orientar pacientes e familiares sobre o risco de queda e sobre os danos causados por quedas.
	6- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
	7- Orientar o paciente e acompanhante a garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.

Orientação para paciente família	8- Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.
	9- Orientar o responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas.
	10- Orientar aos pais que a criança deve estar sempre acompanhada na deambulação pelo responsável (na ausência deste, pelo profissional de Enfermagem).
	11- Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.
	12- Orientar aos responsáveis que se a criança estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré e pós-operatório imediato).
	13- Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30º, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.
Avaliação e monitoramento	1. Avaliar o risco de queda por meio de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição.
	2. Avaliar risco aumentado de fratura e sangramento.
	3. Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
	4. Avaliar o risco de queda do paciente na admissão e diariamente.
	5. Reavaliar o risco de quedas dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.
	6. Revisar periodicamente a medicação.
	7. Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.
	8. Revisar a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.
	9. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.

Fonte: Alves VC, Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2986.

5. Administração e Preparo de Medicamentos, Cuidados com Dietas e Hemocomponentes

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

5.1 Administração e Preparo de Medicamentos

A administração medicamentosa em uma organização hospitalar é um processo complexo e multidisciplinar, cujos profissionais têm um objetivo comum, que é prestar assistência de qualidade, com segurança e eficácia ao cliente (FRANCO et al., 2010). E na prática, os profissionais da Enfermagem são os responsáveis pelo preparo (Figura 12) e pela administração de medicamentos (HARADA et al., 2012).

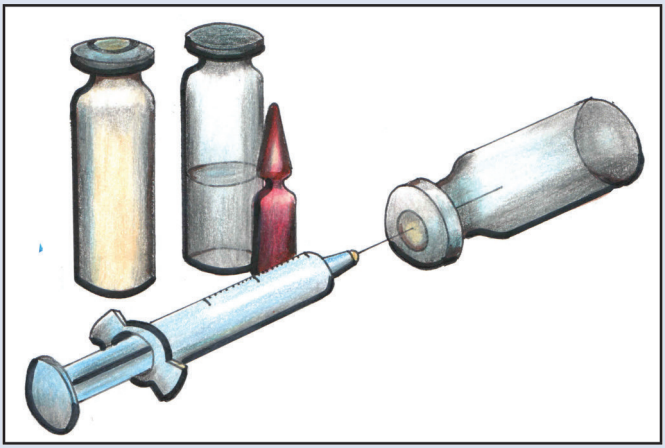


Figura 12: Preparo de medicamentos.

A administração correta de hemoterápicos, medicamentos e dietas deve seguir critérios para a diminuição de erros. Estabelecer processos padronizados e educação em saúde são necessários para que os riscos de danos à saúde de paciente possam ser evitados.

As falhas no processo de preparo e administração de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente. O erro de medicação pode estar relacionado a problemas de comunicação, prescrição, dispensação e administração de medicamentos, problemas incluindo rótulos, embalagens, nomes, entre outros (BRASIL. ANVISA, 2017).

Seguem abaixo as nove medidas de prevenção de erros na administração de medicamentos, que devem ser seguidas todas as vezes que um medicamento for administrado: (BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA/ Fiocruz 2013; GOMES *et al.,* 2016).

Práticas seguras para prevenir erros na administração e preparo de medicamento:

1. PACIENTE CERTO:
- Perguntar o nome completo do paciente e data de nascimento (utilizar dois identificadores);
- Verificar pulseira, identificador de leito e prontuário;
- Evitar, dentro do possível, internar duas pessoas com nomes similares na mesma enfermaria;
- Evitar, dentro do possível, que o mesmo funcionário seja responsável pela prestação da assistência de Enfermagem a dois pacientes com nomes similares.

2. MEDICAMENTO CERTO:
- Conferir o nome do medicamento dispensado pela farmácia, com a prescrição do paciente;
- Verificar se o paciente tem alergias. Se houver associação de medicamentos (buscopam composto= dipirona + escopolamina), deve-se certificar de que o paciente não é alérgico a nenhum dos componentes.

3. VIA CERTA:
- Identificar a via de administração prescrita;
- Lavar as mãos;
- Verificar a diluição prescrita (tipo e volume) e o tempo de infusão;
- Analisar se o medicamento tem compatibilidade com a via prescrita. Ver identificação da via na embalagem;
- Identificar no paciente qual a conexão para a via de administração prescrita, nos casos de SNG, SNE ou gastrostomia;
- Realizar assepsia para a aplicação de medicamentos IM e EV.

4. HORA CERTA:
- Preparar o medicamento de modo que ele seja administrado no horário correto e que possa garantir o resultado terapêutico;
- Ficar atento aos medicamentos que possuem estabilidade, e que já foram reconstituídos e serão administrados posteriormente, quanto ao seu armazenamento e prazo de estabilidade;
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário pré-definido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

5. DOSE CERTA:
- Conferir atentamente a dose do medicamento prescrito;
- Conferir a velocidade do gotejamento;
- Realizar dupla checagem em casos de medicamentos em bomba de infusão, PRINCIPALMENTE OS POTENCIALMENTE PERIGOSOS OU DE ALTA VIGILÂNCIA.

6. REGISTRO CERTO DA ADMINISTRAÇÃO:
- Checar na prescrição o horário em que foi administrado o medicamento;
- Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, como: adiantamento, cancelamento, recusa do paciente e eventos adversos.

7. ORIENTAÇÃO CORRETA:

- A orientação correta refere-se tanto ao profissional quanto ao paciente;
- Qualquer dúvida deve ser esclarecida antes de administrar a medicação;
- Informar o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), para que "serve" (indicação), a dose e a frequência com que será administrado. O paciente também é uma barreira para prevenir erros e deve ser envolvido na segurança de sua assistência.

8. FORMA CERTA:

- Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita;
- Checar se a forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente (por exemplo, se o nível de consciência não permite administração de medicação por via oral – V.O).

9. RESPOSTA CERTA:

- Nessa última etapa, devemos observar cuidadosamente o paciente para identificar se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar em prontuário e informar ao prescritor todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento. Devemos considerar o que o paciente ou familiar relata e nunca menosprezar ou desprezar as informações concedidas.

ATENÇÃO:

AS PRESCRIÇÕES VERBAIS SÃO RESTRITAS ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E DEVEM SER IMEDIATAMENTE PRESCRITAS EM FORMULÁROS PRÓPRIOS.

NÃO DEVERÃO SER ADMINISTRADOS MEDICAMENTOS EM CASOS DE PRESCRIÇÕES VAGAS, COMO: "FAZER SE NECESSÁRIO" "CONFORME ORDEM MÉDICA" OU "A CRITÉRIO MÉDICO".

Segue abaixo a Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos – LVSPM, validada por Pires et al., 2017:

Quadro 5: Lista de Verificação de Segurança na Prescrição de Medicamentos – LVSPM

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS - LVSPM

Prontuário nº.:_____ Nome do paciente:_____
Data de coleta de dados:____/ _____/ _____

Clínica:_____ Prescrição nº.:_____ Data da prescrição:____/ _____/

SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS				
ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA A PRESCRIÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS				
ASSINALAR COM "X" AS OPÇÕES	0. NÃO	1. SIM	2. NÃO SE APLICA	
IDENTIFICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO				
1. Nome completo sem abreviações				
2. Número do prontuário				
3. Enfermaria/ Apartamento				
4. Número/Letra do leito				
5. Nome completo do prescritor				
6. Nº registro Conselho Profissional				
7. Assinatura/Senha do prescritor				
8. Nome completo da instituição				
9. Identificação da data da prescrição				

MEDICAÇÕES DA PRESCRIÇÃO	M1*	M2*	M3*	M4*	M5*	M6*	M7*	M8*	M9*	M10*	M11*	M12*	M13*
10. Possui abreviaturas (nomes abreviados de medicamentos, unidades, fórmulas químicas).	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
11. Contém via de administração abreviada, conforme padronização da instituição.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
12. Padronizado na Denominação Comum Brasileira.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
13. Possui medicamentos com nomes semelhantes identificados com caixa alta ou negrito.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]

14. Utiliza expressões de medidas não métricas (colher, ampola, frasco).	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
15. Forma farmacêutica acompanhada de todas as informações necessárias (ex.: ampola, frasco, comprimido).	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
16. Unidade de medida claramente indicada, no caso de microgramas escrita por extenso.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
17. Utiliza ponto em substituição à vírgula na prescrição da dose.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
18. Utiliza zero antes da vírgula (ex.: 0,5 g ao invés de 500 mg).	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
19. Utiliza expressões como "uso contínuo" ou "sem parar" relacionadas à duração do tratamento.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
20. Expressão "se necessário" com dosagem, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
21. Definição de velocidade de infusão.	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]	Sim [ ] Não [ ] NSA [ ]
* M1,M2,M3,M4,M5,M6,M7,M8,M9,M10,M11,M12,M13 corresponde ao medicamento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9 contido na prescrição médica. ** NSA: Não se aplica.													

Fonte: Pires AOM, Ferreira MBG, Nascimento KG, Felix MMS, Pires PS, Barbosa MH. Elaboration and Validation of the edication Prescription Safety Checklist. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2921

5.2 Administração de Hemocomponentes

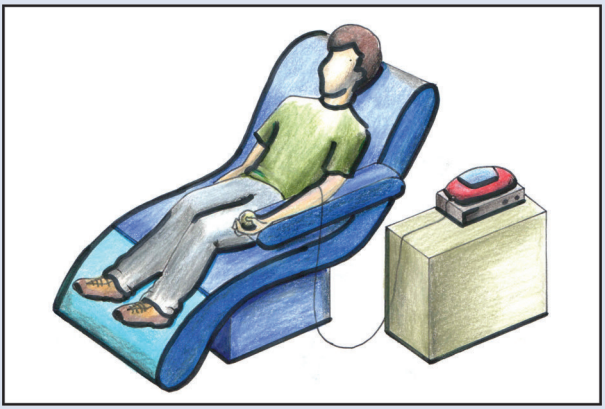


Figura 13: Doação de sangue.

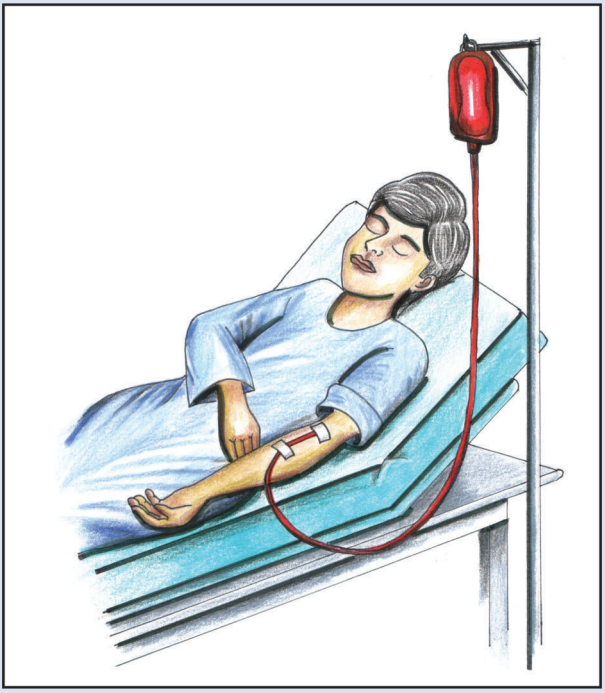


Figura 14: Hemotransfusão.

A administração intravenosa de sangue total ou hemocomponentes pode ser definida como a transferência de sangue ou hemocomponentes de um indivíduo (doador – Figura 13) para outro (receptor – Figura 14). É indicada para pacientes que sofreram perda sanguínea significante ou alterações hematológicas decorrentes de doenças ou procedimentos (ex.: choque, traumatismo, hemorragia, doenças sanguíneas, intervenções cirúrgicas, entre outros) (PEDREIRA & HARADA, 2009).

Profissionais de Enfermagem são fundamentais para a segurança transfusional, não apenas administram transfusões, mas também devem conhecer suas indicações, providenciar a checagem de dados para a prevenção de erros, orientar os pacientes sobre a transfusão, detectar, comunicar e atuar no atendimento às reações transfusionais e documentar todo o processo. Atuam no sentido de minimizar os riscos do paciente que recebe transfusão e evitar danos. Por outro lado, profissionais sem conhecimentos em hemoterapia e sem habilidades suficientes podem causar complicações e danos importantes aos receptores de sangue (BARBOSA *et al.,* 2011).

Erros na administração de sangue total ou hemocomponentes comprometem a segurança do paciente. Seguem abaixo algumas medidas sugeridas para a equipe de Enfermagem (PEDREIRA & HARADA, 2009):

- Confirme a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do hemocomponente antes da sua administração. Esta verificação deverá ser feita DUAS VEZES POR PESSOAS DISTINTAS antes de iniciar a infusão;
- Mantenha o sangue e alguns hemocomponentes por, no máximo, 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão ou de acordo com o protocolo institucional;
- Avalie os sinais vitais do paciente imediatamente antes do procedimento;
- Avalie a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações, como infiltração ou flebite, antes da instalação do produto;
- Realize a infusão em via exclusiva;
- Permaneça junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar possíveis sinais de reações adversas (aumento da temperatura corpórea, exantema ou rash cutâneo,

prurido, edema, vertigem, cefaleia, tremores, calafrios e dor). Após este período, avalie o paciente a cada 30 ou 45 minutos;

- Interrompa imediatamente a administração na vigência de um ou mais sinais de reação adversa e mantenha a permeabilidade do cateter intravenoso com solução salina. Proteja a extremidade do equipo para evitar contaminação e encaminhe a bolsa contendo o sangue total ou hemocomponente ao banco de sangue para análise. Verifique a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura do paciente;
- Comunique, imediatamente, o ocorrido ao médico responsável pelo atendimento do paciente;
- Mantenha a infusão por, no máximo, quatro horas, devido ao risco de contaminação e/ou alterações do produto, seguindo o protocolo da instituição;
- Efetue a infusão de solução salina após a administração do produto, com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter;
- Despreze a bolsa de sangue após a infusão em sacos ou recipientes que evitem vazamentos.

ATENÇÃO:

CERTIFIQUE-SE DE QUE O PACIENTE DECLAROU CONSENTIMENTO PARA A INFUSÃO DE SANGUE OU HEMOCOMPONENTES.

5.3 Administração de Dietas e Nedicamentos Enterais

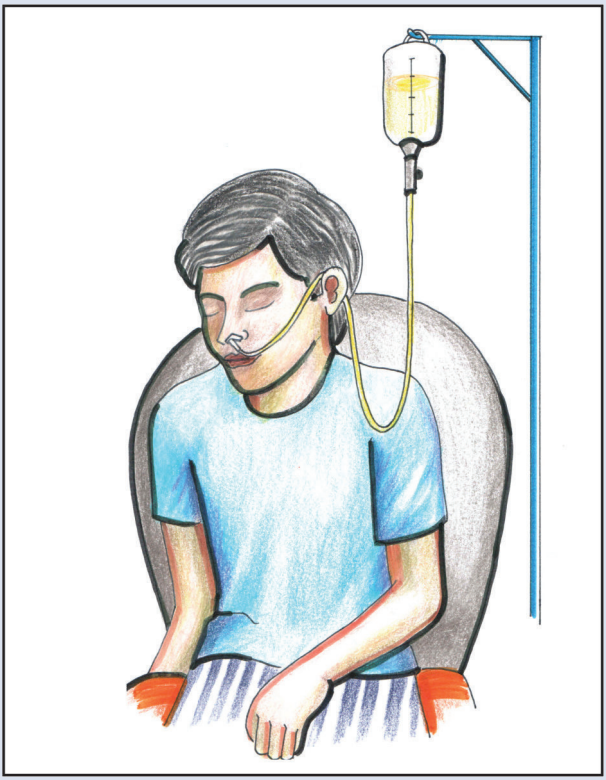


Figura 15: Administração de dieta enteral.

A nutrição enteral (NE) (Figura 15) é uma terapia utilizada para indivíduos sem condições de deglutir em fases agudas ou crônicas; quando o paciente não consegue atingir pelo menos 70% de suas necessidades nutricionais diárias por via oral. É utilizada para melhorar as condições nutricionais dos pacientes. Contudo é necessário um resgate das questões da segurança do paciente (CERVO *et al.,* 2014).

CUIDADOS INPORTANTES:

- Fazer a instalação na via correta;
- Verificar o posicionamento da sonda antes de instalar a dieta ou administrar medicamentos;
- Lavar sondas com água potável após a administração de dietas e medicamentos;
- Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 graus durante todo o tempo de infusão da dieta;
- Caso o medicamento se apresente na forma sólida (comprimidos/ drágeas), ele deverá ser triturado separadamente até virar pó e ser reconstituído com água;
- Caso o paciente apresente alguma anormalidade gastrointestinal, comunicar médico ou nutricionista responsável;
- Durante a realização de outros procedimentos como banho de leito, aspiração oro- traqueal ou higiene oral, a infusão da dieta deve ser interrompida;
- Realizar higiene da aba do nariz no local onde está fixada a sonda;
- Trocar a posição da fixação da sonda diariamente.

Caso identifique alguma incoerência na prescrição, consulte a supervisora de Enfermagem.

6. Cirurgia Segura

Vanessa Renó Mattos
Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

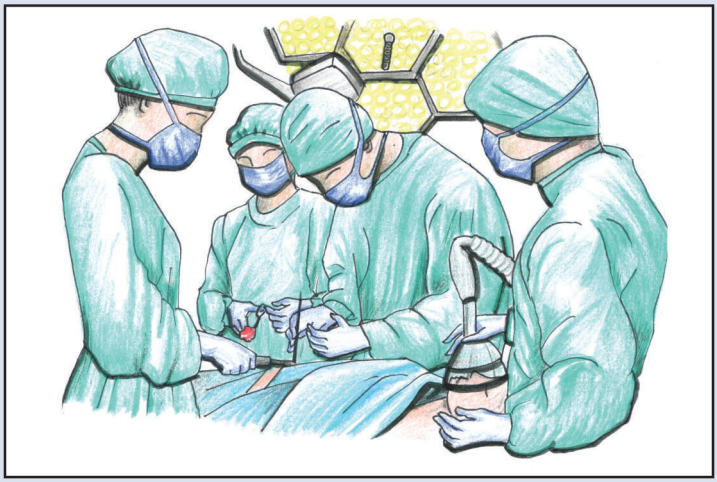


Figura 16: Cirurgia

A realização de procedimentos cirúrgicos (Figura 16) é uma prática essencial na área da saúde e tem aumentado em razão do avanço tecnológico e da rápida transição demográfica e epidemiológica da população (HELEN et al., 2017; KOLANKIEWICZ *et al.,* 2017; MARTINS *et al.,* 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 254 milhões de cirurgias são realizadas por ano no mundo. Média de uma cirurgia a cada 25 pessoas. O alto número de procedimentos cirúrgicos evidencia um dado alarmante: cerca de sete milhões de pessoas têm algum tipo de complicação pós-cirúrgica e aproximadamente um milhão morre durante ou após a cirurgia. A OMS afirma que pelo menos metade dessas complicações e mortes poderia ser evitada se medidas básicas de segurança fossem seguidas (Colégio Nacional de Cirurgiões, 2014).

A infecção do local cirúrgico continua a ser uma das causas mais comuns de graves complicações cirúrgicas. Tal fato não é imputável ao custo do procedimento, mas à falta de sistematização. E as complicações

de cuidados cirúrgicos tornaram-se uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo (BRASIL. ANVISA/ Organização Pan-Americana da Saúde, 2014; Martins *et al.,* 2017).

No manual de cirurgia segura de 2014, são evidenciados Cinco dados sobre segurança cirúrgica: (Colégio Nacional de Cirurgiões, 2014).

- Complicações pós-operatórias em pacientes internados ocorrem em até 25% dos pacientes;
- A taxa de mortalidade relatada após cirurgia mais extensa é de 0,5%-5%;
- Em países desenvolvidos, cerca de metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionados à assistência cirúrgica;
- Nos casos onde o processo cirúrgico levou a prejuízos, ao menos metade deles eram evitáveis;
- Princípios conhecidos de segurança cirúrgica são aplicados de maneira inconsistente, mesmo nos cenários mais sofisticados.

A OMS, em seu departamento de segurança do paciente, criou *O programa Cirurgia Segura Salva Vidas*, com o objetivo de reduzir o número de óbitos cirúrgicos em todo o mundo. Práticas de segurança anestésica inadequadas, infecções de sítio cirúrgico preveníveis e a má comunicação entre membros da equipe são comprovadamente os problemas mais comuns, mortais e evitáveis em todos os países. No intuito de auxiliar as equipes cirúrgicas na redução do número desses eventos, o Departamento de Segurança do Paciente da OMS identificou dez objetivos essenciais para a cirurgia segura. Estes foram compilados na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. O objetivo dessa Lista de Verificação é fortalecer as práticas de segurança aceitas e promover a melhor comunicação e o trabalho efetivo da equipe multidisciplinar. Seu uso tem sido comprovadamente associado a reduções significativas nas taxas de complicações e mortalidade em diversos hospitais e contextos (BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde/ ANVISA, 2009; BRASIL. ANVISA/ Organização Pan-Americana da Saúde, 2014).

Os Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica, citados pela OMS, são:

1. A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo;

2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos enquanto protege o paciente da dor;

3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para a perda de via aérea ou de função respiratória que ameace a vida;

4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;

5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;

6. A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico;

7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas;

8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;

9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;

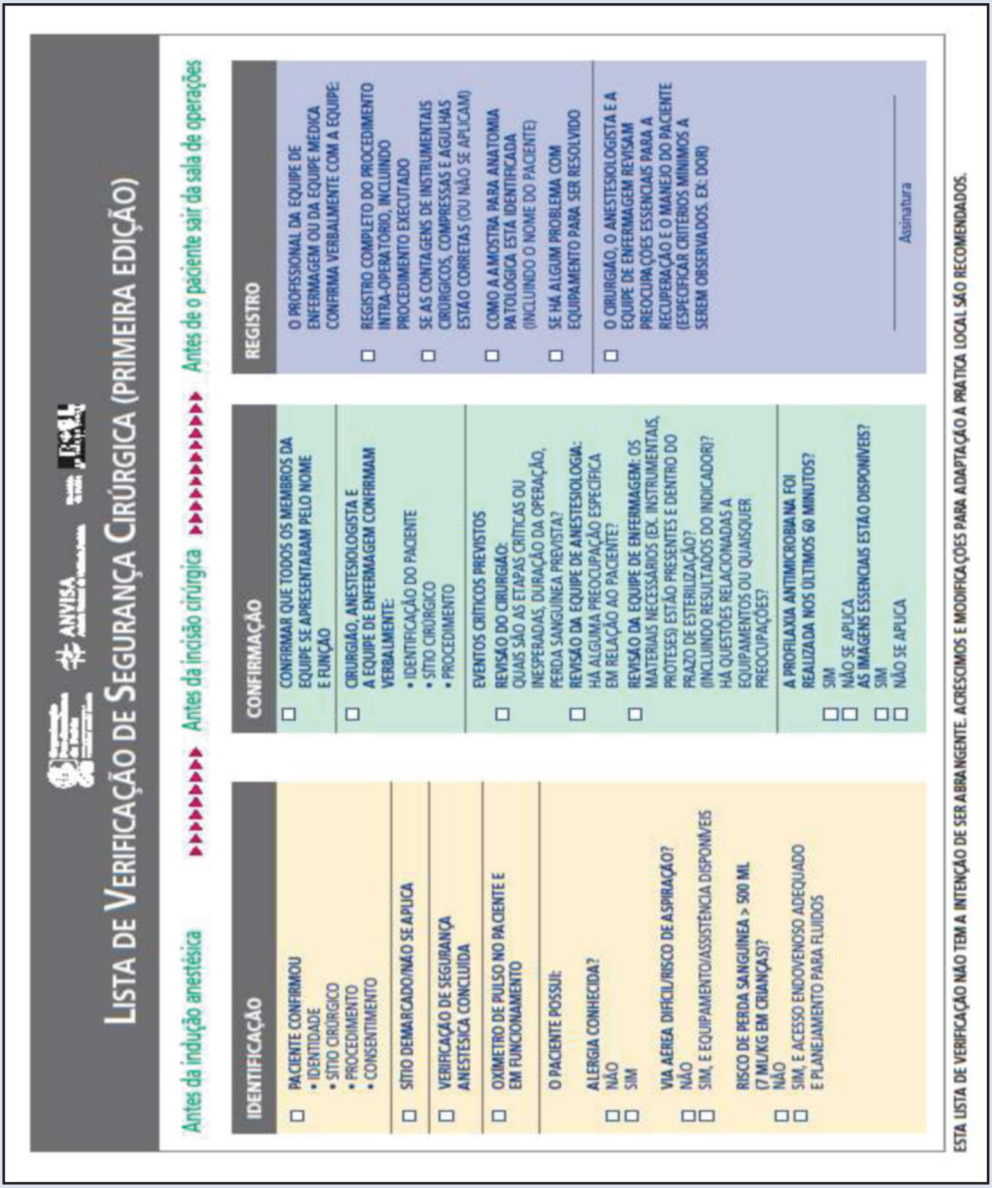
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, o volume e os resultados cirúrgicos.

Antes de procedermos ao detalhamento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, devemos definir que a “equipe cirúrgica” inclui cirurgiões, anestesiologistas, equipe de Enfermagem, técnicos e outros membros da sala operatória envolvidos no procedimento cirúrgico. Um cirurgião é um membro essencial, porém não solitário em uma equipe. Todos os membros da equipe cirúrgica desempenham um papel para garantir a segurança e o êxito de uma cirurgia (BRASIL. ANVISA/ Organização Pan-Americana da Saúde, 2014).

A Lista de Verificação de segurança foi concebida para ser simples e breve. Muitos dos passos individuais já são aplicados como prática de rotina em estabelecimentos de saúde, embora sejam raramente seguidos na íntegra. O objetivo final da Lista é assegurar que as equipes sigam consistentemente alguns passos críticos de segurança e, assim, minimizar falhas comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar de pacientes cirúrgicos. A Lista de Verificação orienta uma interação verbal baseada em equipe como meio de confirmar que os padrões apropriados de assistência estão sendo assegurados para cada paciente (BRASIL. ANVISA/ Organização Pan-Americana da Saúde, 2014).

Segue abaixo Lista de Verificação de Cirurgia Segura, conforme OMS:

Quadro 6: Lista de Verificação de Cirurgia Segura



Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas: - Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

Como executar a Lista de Verificação, segundo o Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 (BRASIL. ANVISA/ Organização Pan-Americana da Saúde, 2014).

- Apenas uma pessoa coordenará a implementação da Lista de Verificação durante o procedimento cirúrgico e esta será responsável pela realização de verificações de segurança da lista. Esse coordenador será muitas vezes um membro da equipe de Enfermagem, mas poderá também ser qualquer outro profissional participante do procedimento cirúrgico. Ter uma única pessoa para conduzir o processo da Lista de Verificação é essencial para o seu sucesso. O coordenador pode e deve impedir que a equipe avance para a próxima fase da cirurgia até que cada passo seja abordado satisfatoriamente.
- A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases, cada uma referente a um momento específico no fluxo normal de um procedimento:
  - O período antes da indução anestésica;
  - O período após a indução e antes da incisão cirúrgica;
  - E o período durante ou imediatamente após a sutura, mas antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

Em cada fase, deve-se confirmar com a equipe que as tarefas foram concluídas antes de prosseguir para a fase seguinte.

Fase 1 - Antes da indução anestésica

Essas verificações de segurança devem ser concluídas antes da indução anestésica. É necessária a presença mínima do anestesiologista e da equipe de Enfermagem.

Devem ser realizados os seguintes questionamentos:

- O paciente confirmou a sua identidade, o sítio cirúrgico, o procedimento e o consentimento?
  O coordenador da Lista de Verificação confirma verbalmente a identidade do paciente, o tipo de procedimento previsto, o local da cirurgia e o consentimento do paciente para a cirurgia. Esse

passo é essencial para garantir que a equipe não opere o paciente errado, no local errado ou realize o procedimento errado. Quando a confirmação por parte do paciente não é possível (crianças e pacientes incapazes), um acompanhante ou membro da família pode fornecer as confirmações. Se o acompanhante ou membro da família não estiver disponível ou em caso de emergência, a equipe deve entender o porquê e todos devem estar de acordo antes de prosseguir.

- O sítio está demarcado?
  O coordenador da Lista de Verificação deve confirmar que o cirurgião que realizará o procedimento demarcou o local da cirurgia. As demarcações podem ser efetuadas com marcador permanente em casos que envolvam lateralidade (esquerda ou direita) ou múltiplas estruturas ou níveis (por exemplo, dedo da mão, dedo do pé, lesão cutânea e vértebra específica). Tal demarcação é importante para a confirmação do sítio e dos procedimentos corretos.

- Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?
  O coordenador da Lista de Verificação solicita ao anestesiologista que faça uma inspeção formal do equipamento anestésico, do circuito respiratório, dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes de cada caso. Além de confirmar que o paciente está apto para a cirurgia, a equipe de anestesiologia deve concluir os cinco procedimentos básicos – verificação do equipamento das vias aéreas, do sistema respiratório (incluindo oxigênio e agentes inalatórios), da sucção, dos medicamentos e dispositivos, e ainda medicação e equipamentos e assistência de emergência para confirmar a disponibilidade e funcionamento destes.

- O oxímetro de pulso está aplicado no paciente e funcionando corretamente?
  O coordenador da Lista de Verificação confirma que o oxímetro de

pulso foi colocado no paciente e está funcionando corretamente antes da indução anestésica. A leitura do oxímetro de pulso deve estar visível para a equipe cirúrgica e um sistema sonoro deve ser usado para alertar a equipe sobre o pulso do paciente e a saturação do oxigênio, quando estes estiverem fora dos níveis de segurança padronizados. Se não houver nenhum oxímetro de pulso em funcionamento, o cirurgião e o anestesiologista devem avaliar a condição do paciente e considerar o adiamento da cirurgia até que sejam tomadas medidas adequadas para garantir um procedimento cirúrgico seguro. Em caso de urgência para salvar a vida ou membros de um paciente, esse requisito pode ser dispensado, porém, em tais circunstâncias, a equipe deve estar de acordo sobre a necessidade de prosseguir com a operação.

- O paciente tem alergia conhecida?
  Questionamento direcionado ao anestesiologista.
  O coordenador deve perguntar se o paciente tem alergia conhecida e, se assim for, caso a resposta seja afirmativa, qual? Se o coordenador souber de uma alergia que o anestesiologista desconhecer, esta informação deve ser comunicada.

- O paciente apresenta via aérea difícil ou risco de aspiração?
  O coordenador da Lista de Verificação deve confirmar verbalmente com a equipe de anestesiologia se foi realizada avaliação das vias aéreas e se estas são de acesso difícil. Óbito devido à perda das vias aéreas durante a anestesiologia ainda é um desastre mundialmente comum, mas é evitável com o planejamento adequado.
  Se a avaliação da via aérea indica um alto risco de via aérea difícil, a equipe de anestesiologia deve preparar-se para enfrentar essa dificuldade, podendo adaptar a abordagem (por exemplo, utilizando uma anestesia regional, se possível) e ter um equipamento de emergência acessível.
  Um residente capacitado – um segundo anestesiologista, o cirurgião ou membro da equipe de Enfermagem – deve estar fisicamente presente para ajudar na indução anestésica. O

risco de aspiração deve ser igualmente avaliado como parte da análise das vias aéreas. Se o paciente apresentar refluxo ativo sintomático ou estiver com o estômago cheio, o anestesiologista deve preparar-se para a possibilidade de aspiração. O risco pode ser reduzido por meio da modificação do plano de anestesia. No caso de paciente reconhecido como portador de via aérea difícil ou estar em risco de aspiração, a indução anestésica deve começar apenas quando o anestesiologista confirmar a disponibilidade de equipamento e a assistência adequada na sala cirúrgica.

- O paciente apresenta risco de perda sanguínea > 500 mL (7 mL/kg para crianças)?
  Nesta etapa de segurança, o coordenador da Lista de Verificação pergunta à equipe de anestesiologia se o paciente corre o risco de perder mais de meio litro de sangue durante a cirurgia, no intuito de assegurar o reconhecimento e a preparação para este evento crítico. O grande volume de perda sanguínea está entre os riscos mais comuns e importantes para pacientes cirúrgicos, com aumento do risco de choque hipovolêmico, quando a perda sanguínea exceder 500 mL (7 mL/kg em crianças). A preparação e a reanimação adequadas podem atenuar consideravelmente as consequências. Se o anestesiologista não conhecer o risco de perda sanguínea importante para o caso, deve discuti-lo com o cirurgião antes do início da cirurgia. Se houver um risco significativo de perda sanguínea superior a 500 mL, é altamente recomendável que, pelo menos, 2 cateteres periféricos (vasos de maior calibre) ou 1 cateter venoso central sejam inseridos antes da incisão cirúrgica. Além disso, a equipe deve confirmar a disponibilidade de fluidos ou sangue.

Neste ponto, esta fase está concluída e a equipe pode prosseguir com a indução anestésica.

Fase 2 – Antes da incisão cirúrgica

Antes de fazer a primeira incisão cirúrgica, a equipe deve fazer uma pausa momentânea para confirmar a realização de várias verificações de segurança essenciais. Essas verificações incluem todos os membros da equipe.

- Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função.
  Os membros da equipe cirúrgica podem mudar com frequência. Para o enfrentamento adequado de uma situação de risco, é necessário que toda a equipe se conheça não apenas pelo nome, mas as suas funções e capacidades. Uma simples apresentação pode conseguir isso. O coordenador deve solicitar que cada pessoa na sala se apresente, indicando seu nome e sua função. Equipes que já estão familiarizadas umas com as outras podem confirmar que todos se apresentaram, porém novos membros ou novas equipes que entraram na sala cirúrgica devem apresentar-se, inclusive estudantes ou outros funcionários.

- Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão.
  A pessoa que coordena a Lista de Verificação ou outro membro da equipe pedirá a todos na sala de operação para verbalizarem, confirmando o nome do paciente, a cirurgia a ser realizada, o local da cirurgia e, se for o caso, o posicionamento do paciente, a fim de evitar a operação no paciente errado ou no local errado. Para realizar tal confirmação, basta apenas o coordenador da Lista de Verificação fazer a seguinte pergunta: “Este é o paciente X que realizará o procedimento Y no local Z”, todos concordam? Deve aguardar a confirmação verbal de todos os membros da equipe que participarão da cirurgia.

- A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?
  Existem fortes evidências e grande consenso de que a profilaxia antibiótica contra infecções é muito eficaz se os níveis sorológicos e/ou nos tecidos de antibióticos são alcançados, no entanto

as equipes cirúrgicas são incoerentes na administração dos antibióticos dentro de uma hora antes da incisão. Para reduzir o risco de infecção do sítio cirúrgico, o coordenador perguntará em voz alta se os antibióticos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos. O membro da equipe responsável pela administração de antibióticos – geralmente o anestesiologista – deve fornecer a confirmação verbal. Se os antibióticos profiláticos não foram administrados, estes devem ser administrados neste momento, antes da incisão cirúrgica. Se os antibióticos profiláticos foram administrados há mais de 60 minutos antes, a equipe deve considerar a administração da dose do antibiótico novamente. Se o uso de antibióticos profiláticos não for considerado adequado (por exemplo, casos sem incisão cirúrgica, casos contaminados em que os antibióticos são administrados para tratamento), o ponto de marcação "não se aplica" pode ser assinalado assim que a equipe confirmar verbalmente este item.

- Prevenção de Eventos Críticos

  A comunicação eficaz da equipe é um componente crítico da cirurgia segura, do trabalho em equipe eficiente e da prevenção de graves complicações. Para garantir a comunicação de problemas críticos do paciente, o coordenador da Lista de Verificação conduz uma discussão rápida entre o cirurgião, a equipe de anestesiologia e a equipe de Enfermagem sobre os eventos críticos e os planos cirúrgicos. Isso pode ser realizado simplesmente ao fazer a pergunta específica em voz alta a cada membro da equipe. A ordem da discussão não importa, mas cada profissional deverá fornecer informações e comunicar as preocupações. Durante os procedimentos de rotina ou aqueles com que toda a equipe está familiarizada, o cirurgião pode simplesmente dizer: "Este é um caso de rotina de duração X" e depois perguntar ao anestesiologista e à equipe de Enfermagem se têm quaisquer preocupações especiais.

- Para o Cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas? Qual a duração da cirurgia? Qual a quantidade de perda de sangue prevista?

A discussão dos “passos críticos ou não rotineiros” destina-se, no mínimo, para informar a todos os membros da equipe sobre quaisquer medidas que colocam o paciente em risco de perda sanguínea rápida, lesões ou outra morbidade grave. Esta é também uma oportunidade para rever os passos que podem exigir equipamentos especiais, implantes ou preparações.

- Para o anestesiologista: Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?
  Em pacientes com risco de perda sanguínea grave, instabilidade hemodinâmica ou outra grande morbidade grave decorrente do procedimento, um membro da equipe de anestesiologia deve rever em voz alta os planos e as preocupações específicas para a ressuscitação – em particular, a intenção de utilizar fluidos e quaisquer características complicadoras do paciente ou comorbidades (tais como doença cardíaca ou pulmonar, arritmias, distúrbios sanguíneos etc.) Entende-se que muitas operações não implicam riscos ou preocupações particularmente críticas que devam ser compartilhadas com a equipe. Em tais casos, o anestesiologista pode simplesmente dizer: “Eu não tenho nenhuma preocupação especial em relação a este caso.”

- Para a Equipe de Enfermagem: Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)? Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?
  O enfermeiro ou circulante que define o equipamento para o procedimento cirúrgico deve confirmar verbalmente que a esterilização foi realizada e que o indicador do processo de esterilização comprovou a esterilização bem-sucedida. Qualquer discrepância entre o resultado esperado e o resultado real do indicador do processo de esterilização deve ser comunicada a todos os membros da equipe e abordada antes da incisão. Esta é também uma oportunidade para discutir quaisquer problemas com os equipamentos e outros preparativos para a cirurgia ou quaisquer preocupações de segurança manifestadas pela equipe de Enfermagem da sala cirúrgica, particularmente, as não abordadas pelo cirurgião e pela equipe de anestesiologia.

No entanto, em caso de não haver preocupações específicas, o enfermeiro ou circulante pode simplesmente afirmar: “A esterilização foi verificada. Não tenho preocupações especiais”.

- Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?
  Os exames de imagens são fundamentais para garantir o adequado planejamento na realização de muitas cirurgias, inclusive procedimentos ortopédicos, espinhais, torácicos e muitas ressecções tumorais. Antes da incisão cirúrgica, o coordenador deve perguntar ao cirurgião se os exames de imagens são necessários para o caso. Se assim for, o coordenador deverá verbalmente confirmar que os exames de imagens essenciais estão na sala e bem visíveis para uso durante a cirurgia. Se os exames de imagens forem necessários, mas não estiverem disponíveis, estes devem ser obtidos. O cirurgião decidirá se deve prosseguir sem os exames de imagens, se estes forem necessários, porém não disponíveis. Neste ponto, esta fase está concluída e a equipe pode prosseguir com o procedimento cirúrgico.

FASE 3 - Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

Essas verificações de segurança devem ser concluídas antes de remover o paciente da sala cirúrgica. O objetivo é facilitar a comunicação de informações importantes para as equipes de assistência responsáveis pelo paciente após a cirurgia. As verificações podem ser iniciadas pelo membro da equipe de Enfermagem, pelo cirurgião ou pelo anestesiologista e devem ser realizadas antes da saída do cirurgião da sala cirúrgica. Por exemplo, isso pode coincidir com a fase de sutura.

O membro da equipe de Enfermagem confirma verbalmente:

- O nome do procedimento.
  Uma vez que o procedimento pode ter sido alterado ou ampliado durante o curso de uma operação, o coordenador da Lista de Verificação deve confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi efetuado. Isso pode ser feito

como pergunta: “Qual foi o procedimento realizado?”; ou, ainda, como confirmação: “Realizamos o procedimento X, correto?”;

- A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas.
  Instrumentos, compressas e agulhas retidos nos pacientes são erros incomuns, porém persistentes e potencialmente danosos. O enfermeiro ou circulante deve confirmar verbalmente a integralidade da contagem final de compressas e agulhas. Nos casos de cavidade aberta, a contagem dos instrumentos deve ser também confirmada. Se a contagem não for devidamente verificada, a equipe deve ser alertada para que medidas adequadas possam ser tomadas (como, por exemplo, examinar campos, lixeira e ferida cirúrgica ou, se necessário, obter as imagens radiográficas).

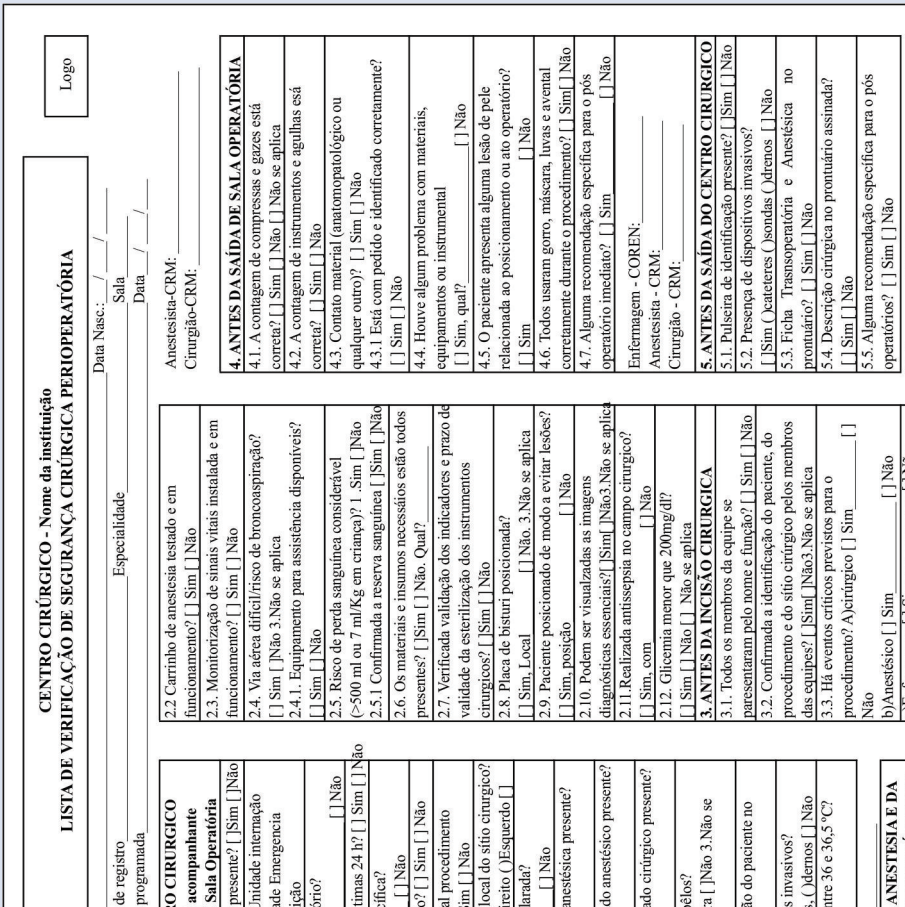
- A identificação das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente).
  A identificação incorreta de amostras patológicas é potencialmente desastrosa para um paciente e foi comprovadamente uma fonte frequente de erro laboratorial. O membro da equipe de Enfermagem deve confirmar a rotulagem correta de quaisquer amostras patológicas obtidas durante o procedimento, lendo em voz alta o nome do paciente, a descrição da amostra e as marcas de orientação.

- Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos.
  Problemas com equipamentos são universais em salas cirúrgicas. Identificar com precisão as fontes de fracasso e instrumentos ou equipamentos que não funcionaram corretamente é importante para prevenir que os dispositivos sejam transportados de volta para a sala antes da resolução do problema. O coordenador deve garantir que os problemas com equipamentos que surgem durante um caso sejam identificados pela equipe.

- O cirurgião, o anestesiologista e a equipe de Enfermagem revisam as principais preocupações para a recuperação e manejo do paciente.
  O cirurgião, o anestesiologista e a equipe de Enfermagem devem revisar o plano de recuperação e de manejo pós-operatório, focando em particular nas questões intraoperatórias ou anestésicas que possam afetar o paciente. São especialmente pertinentes os eventos que apresentam risco específico para o paciente durante a recuperação e que podem não ser evidentes a todos os envolvidos. O objetivo desta etapa é a comunicação eficiente e adequada de informações críticas para toda a equipe. Com esta etapa final, a Lista de Verificação da OMS é concluída. Se desejado, a Lista de Verificação pode ser anexada ao prontuário do paciente ou retida para análise de controle de qualidade.

A seguir apresentaremos alguns instrumentos, já validados, relacionados à segurança do paciente.

Quadro 7: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica Perioperatória



Fonte: Roscani, Alessandra Nazareth Cainé Pereira et al. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. Acta Paul. Enferm. 2015;28(6):553-565.

Quadro 8: *Cheklist* para a Segurança do Paciente em Atendimento de Emergência

CHECKLIST**PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

Paciente:_____Registro: _____

Box/leito: _____ Sexo: o F o M Idade:_____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		**INTERVENÇÃO**
1. Paciente identificado?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Providenciada a identificação
2. A identificação está legível?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Identificação substituída
3. A identificação contém duas ou mais informações?	[ ] Sim [ ] Não [ ] NSA	[ ] Inserida mais informação
4. Classificação de risco identificada?	[ ] Sim [ ] Não [ ] NSA	[ ] Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		**INTERVENÇÃO**
5. Paciente é alérgico?	[ ] Sim _____ [ ] Não [ ] Não informa	
6. Se alérgico, está identificado?	[ ] Sim [ ] Não [ ] NSA	[ ] Identificado
7. As infusões estão identificadas?	[ ] Sim [ ] Não [ ] NSA	[ ] Identificadas
RISCO DE QUEDAS		**INTERVENÇÃO**
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Avaliado e sinalizado o risco
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Orientação realizada
10. As grades estão elevadas?	[ ] Sim [ ] Não [ ] NSA	[ ] As grades foram elevadas
RISCO DE INFECÇÃO		**INTERVENÇÃO**
11. Solução alcoólica próxima ao paciente?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Solução alcoólica disponibilizada
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		**INTERVENÇÃO**
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Avaliado**
13. Sinalizado o grau de risco?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Sinalizado o grau de risco
14. Apresenta úlcera por pressão?	[ ] Sim [ ] Não	[ ] Registrado em prontuário
RISCO CIRÚRGICO		**INTERVENÇÃO**
15. Paciente em pré-operatório?	[ ] Sim [ ] Não	
16. Paciente em jejum?	[ ] Sim início _____ [ ] Não [ ] NSA	
17. Sítio cirúrgico demarcado?		[ ] Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18. Tipagem sanguínea realizada?	[ ] Sim [ ] Não [ ] NSA	

*NSA— Não se aplica

**Escala de avaliação do risco no verso deste impresso.

Data: / / Horário: Identificação/registro profissional:

Fonte: Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(spe):e68778.

Quadro 9: Protocolo de orientação para a assistência de Enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO: UNIVERSAIS	
OXIGENAÇÃO	
Diagnóstico de Enfermagem	Padrão respiratório ineficaz
Resultados esperados	Manterá um padrão respiratório eficaz/normal.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Explicar a importância dos movimentos respiratórios e de tossir para a prevenção de complicações; incentivar o exercício da tosse para aumentar o volume inspiratório e expiratório; ▪ Mostrar ao paciente a importância de seu posicionamento no leito com a cabeceira elevada de 45 a 75 graus; ▪ Explicar que, quando estiver sentado, deverá posicionar os braços com almofadas na lateral, deixando o pulmão mais livre para a sua expansão e as pernas estendidas. Pós-operatório imediato ▪ Manter controle rigoroso dos sinais vitais e observar nível de consciência, saturação de oxigênio e perfusão periférica dos membros; ▪ Avaliar o padrão respiratório e administrar oxigênio suplementar, quando prescrito; ▪ Realizar ausculta pulmonar a fim de verificar as condições dos ruídos respiratórios; ▪ Manter a cabeceira do leito elevada de 45 a 75 graus; ▪ Incentivar a mudança de decúbito; ▪ Estimular a manutenção dos exercícios respiratórios (tosse e respiração profunda), promovendo a expansibilidade e mobilidade das secreções; ▪ Ensinar ao paciente como imobilizar a incisão durante a tosse; ▪ Realizar medidas preventivas para aspiração (vômitos), caso seja necessário; estimular a deambulação precoce; ▪ Mostrar ao paciente a importância de seu posicionamento no leito com a cabeceira elevada de 45 a 75 graus. Pós-operatório tardio ▪ Orientar o paciente a monitorar sinais de desconforto respiratório, febre e acúmulo de secreções.

HIDRATAÇÃO	
Diagnóstico de Enfermagem	Risco para volume de líquidos deficiente
Resultados esperados	Aumentará a ingestão de líquidos diariamente.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Orientar o paciente sobre a importância da manutenção da hidratação corporal. Pós-operatório imediato: ▪ Realizar controle rigoroso do gotejamento das soluções parenterais; ▪ Monitorar balanço hídrico. Pós-operatório tardio ▪ Reforçar as orientações pré-operatórias; ▪ Enfatizar a importância de não ingerir líquidos 15 minutos antes de cada refeição e até 90 minutos depois para evitar desconforto gástrico, pois beber e comer juntos aumenta a distensão gástrica, o que resulta em sensação de estufamento e até vômitos; ▪ Reforçar que a ingestão de líquidos, além de evitar a desidratação, auxilia na perda de peso, deve ser feita gradativamente de acordo com a capacidade gástrica.
ALIMENTAÇÃO	
Diagnóstico de Enfermagem	Nutrição desequilibrada: maior do que as necessidades corporais
Resultados esperados	Demonstrará alterações apropriadas no estilo de vida para o alcance de uma nutrição necessária ao atendimento das suas necessidades metabólicas.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Explicar a importância da quantidade e da frequência da dieta prescrita, já estabelecida pela nutrição hospitalar; monitorar a perda de peso; ▪ Orientar sobre o jejum. A American Society of Anesthesiologist (ASA) recomenda um período de jejum de seis horas ou mais, com alimentos leves e líquidos sem resíduos por duas ou quatro horas antes do procedimento cirúrgico, e preconiza o jejum de oito horas após uma refeição composta por alimentos gordurosos, frutas ou carnes. Pós-operatório imediato ▪ Verificar a introdução da dieta e sua aceitação pelo paciente; ▪ Atentar para qualquer desconforto ou intercorrências que houver com a introdução da dieta, a presença de náuseas, vômitos ou diarreias após a dieta, prestando os cuidados necessários ao paciente. Pós-operatório tardio ▪ Reforçar as orientações nutricionais; ▪ Estimular a adesão e a obediência às recomendações dietéticas; ▪ Orientar a ingerir lentamente os alimentos, mastigá-los por completo e não ingerir líquido com as refeições.

ELIMINAÇÃO	
Diagnósticos de Enfermagem	Diarreia
	Constipação
Resultados esperados	▪ Restabelecerá e manterá o padrão normal de funcionamento intestinal; ▪ Demonstrará comportamento apropriado para ajudar a eliminar os fatores causadores.
Intervenções de enfermagem	Pré-operatório ▪ Investigar as queixas de diarreia, dor ao evacuar ou urinar; avaliar quanto à presença de dor durante a micção; ▪ Avaliar os hábitos intestinais do paciente; ▪ Investigar os fatores que geralmente estimulam a atividade intestinal e as interferências existentes; rever a ingestão dietética diária; ▪ Determinar a ingestão de líquidos; ▪ Avaliar a utilização de medicamentos; avaliar as interações ou efeitos colaterais desses medicamentos sobre o padrão intestinal do paciente; ▪ Examinar a região perianal para detectar hemorroidas, lesões cutâneas ou outras anormalidades. Pós-operatório imediato e tardio ▪ Avaliar débito urinário no sistema de drenagem fechada ou o desejo do paciente e a distensão vesical; auscultar o abdome para determinar a presença e a localização dos ruídos hidroaéreos; ▪ Monitorizar presença de íleo paralítico (os ruídos hidroaéreos deverão retornar em média de 6 a 12 horas após a cirurgia), flatulência, distensão abdominal; ▪ Orientar o paciente a comunicar desconforto em região suprapúbica; ▪ Registrar a coloração, o odor, a consistência, a quantidade e a frequência das evacuações; ▪ Verificar presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais;
	▪ Observar e anotar eliminações e outras perdas como: diurese, vômitos, débitos de drenos, ingestão hídrica; ▪ Medir diariamente o débito do dreno de Blake; ▪ Comunicar à equipe médica para tomar as condutas necessárias, como a necessidade de sondagem vesical de alívio.

ATIVIDADE	
Diagnóstico de Enfermagem	Estilo de vida sedentário
Resultados esperados	▪ Realizará atividades físicas para o seu bem-estar geral, conforme suas limitações.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Avaliar o nível de desenvolvimento, as habilidades motoras, a postura e a marcha do paciente; ▪ Avaliar o padrão de atividade física do paciente; ▪ Identificar as condições que possam concorrer para o sedentarismo; ▪ Estimular a prática de atividade física dentro dos limites de tolerância; ▪ Orientar o paciente para a prática de atividade física regular, combinada com a alimentação saudável para a promoção e redução no peso corporal maior que apenas a alimentação de forma isolada, além de aumentar a perda de gordura, preservar a massa magra e diminuir o depósito de gordura visceral. Pós-operatório imediato ▪ Estimular a deambulação logo que possível; ▪ Estimular a movimentação passiva dos pés, através da flexão e extensão, para aumentar o retorno venoso e prevenir a formação de coágulos nos membros inferiores ou pelve que podem suceder à cirurgia da obesidade; ▪ Orientar o paciente que, durante o período pós-operatório, a deambulação precoce e o posicionamento correto do paciente no leito são muito importantes na prevenção de complicações pulmonares e de trombose venosa profunda; ▪ Atentar para sinais de hipotensão ortostática (diminuição da pressão arterial, fraqueza, tontura e desmaio) quando o paciente levantar. Pós-operatório tardio ▪ Reforçar que a atividade física é muito importante para os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, pois a perda de peso será mais rápida; ▪ Orientar o paciente que evite esforços físicos excessivos nos primeiros 90 dias. Caminhadas leves, de curta distância (pela manhã, próximo ao almoço e à tarde), poderão ser feitas conforme a resistência, progredindo lentamente, aumentando 01 minuto por dia.

SONO E REPOUSO	
Diagnóstico de Enfermagem	Padrão de sono perturbado
Resultados esperados	▪ Demonstrará melhora do padrão de sono/repouso; ▪ Identificará as intervenções apropriadas para promover o sono.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Avaliar as queixas referentes à qualidade de sono; ▪ Avaliar o padrão de sono do paciente; ▪ Identificar as circunstâncias que interrompem o sono e a frequência com que ocorrem; ▪ Estimular o paciente a dormir com a cabeceira elevada, como forma de evitar o laringoespasmo e a obstrução das vias aéreas superiores; ▪ Orientar a manter o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem ruído durante a noite; manter um horário regular para acordar, dormir e descansar; ▪ Orientar o paciente a limitar o tempo de sono durante o dia e evitar alimentos e bebidas contendo cafeína antes de dormir, ler algo agradável e relaxante, não assistir a programas de televisão na cama. Pós-operatório imediato ▪ Estimular o paciente a dormir com a cabeceira elevada, como forma de evitar o laringoespasmo e a obstrução das vias aéreas superiores; ▪ Explicar a necessidade das interrupções geradas pela monitoração dos sinais vitais e/ou outros cuidados; ▪ Planejar a assistência de modo a assegurar períodos ininterruptos de sono durante a noite; ▪ Manter o ambiente calmo, tranquilo e com luzes apagadas e sem ruído. Pós-operatório tardio ▪ Explicar a importância das estratégias para manter o sono eficaz.
SOLIDÃO E INTERAÇÃO SOCIAL	
Diagnóstico de Enfermagem	Interação social prejudicada
Resultados esperados	▪ Identificará estratégias para a sua socialização. ▪ Reconhecerá os fatores que causam as dificuldades nas interações sociais. ▪ Relatará o desejo de fazer mudanças positivas nos comportamentos sociais.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Rever a história social com o cliente/família e identificar os fatores que levaram às alterações no comportamento social; ▪ Determinar os padrões familiares de relacionamento e os comportamentos sociais; ▪ Explicar ao paciente que a obesidade é uma doença e que tem tratamento; ▪ Avaliar a participação do paciente em atividades de lazer; ▪ Encorajar o paciente ao convívio social com os amigos e familiares e estimular sua participação em atividades que lhe deem prazer; ▪ Orientar que a cirurgia bariátrica não é uma cirurgia milagrosa, mas serve como alternativa para obesos mórbidos, levando a uma melhora na sua qualidade de vida. Pós-operatório tardio ▪ Motivar e estimular a participação do paciente nas atividades de autocuidado; ▪ Estimular o paciente a participar de atividades de lazer logo que possível.

PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA E AO BEM-ESTAR	
Diagnóstico de Enfermagem	Conhecimento deficiente sobre as complicações relacionadas à obesidade
Resultados esperados	▪ Verbalizará a intenção de praticar comportamentos saudáveis desejáveis para o controle da obesidade e prevenção de suas complicações.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Identificar fatores de risco cirúrgico, como dependência de drogas e álcool, antecedentes alérgicos, familiares, cirúrgicos e comorbidades; ▪ Explicar ao paciente que a ingestão de bebidas alcoólicas interage com as medicações utilizadas pelo paciente, principalmente os anti-hipertensivos; ▪ Realizar exame físico a fim de identificar lesões que servirão de porta de entrada para infecção na pele. ▪ Orientar o paciente a prevenir assaduras entre as dobras de gordura; ▪ O cuidado pré-operatório é fundamental para que haja uma boa cicatrização e uma boa evolução da ferida operatória. Realizar a tricotomia da área a ser operada duas horas antes da cirurgia ou conforme o protocolo da instituição, com lâmina descartável, no sentido do crescimento dos pelos; ▪ Durante a realização da tricotomia, ter atenção especial às pregas na pele, comuns nos pacientes obesos, para evitar acidente. Solicite ajuda de outro profissional da Enfermagem; ▪ Encaminhar o paciente ao banho no dia da cirurgia, com sabonete antisséptico, na manhã da cirurgia; ▪ Orientar o paciente a não utilizar cremes ou pomadas nesse dia, não ir para o centro cirúrgico com a cabeça molhada e manter as unhas curtas e sem esmaltes; ▪ Proporcionar orientações sobre os dispositivos que poderão ser utilizados no período pós-operatório imediato, como sondas, soros e monitoramento. Pós-operatório imediato ▪ Monitorar sinais vitais, níveis glicêmicos; ▪ Monitorar a aceitação da dieta prescrita e a hidratação do paciente; estimular a aceitação da dieta prescrita e a hidratação do paciente; ▪ Auxiliar o paciente nas atividades de autocuidado; ▪ Avaliar o sítio cirúrgico e os sistemas de drenagem de ferida; ▪ Avaliar a permeabilidade e a presença de sinais flogísticos em cateteres venosos e sistemas de drenagem fechados; ▪ Avaliar o nível de dor, características da dor (localização, qualidade) e adequação; ▪ Administrar analgésicos conforme a prescrição e avaliar a sua eficácia; ▪ Inspecionar a pele diariamente; ▪ Atentar para os curativos, deixando-os sempre limpos; Inspecionar diariamente a pele para prevenir úlceras por pressão e complicações na ferida operatória; observar o local quanto aos sinais de infecção; ▪ Atentar para edema, hiperemia, sensibilidade; ▪ Atentar para a presença de deiscência de ferida operatória; registrar a presença e a característica da secreção e sua evolução; ▪ Registrar a evolução da cicatrização da ferida operatória; ▪ Realizar o curativo de forma asséptica e confortável. ▪ Orientar os familiares para lavarem as mãos antes e depois de entrarem em contato com o paciente. Pós-operatório tardio ▪ Ensinar e observar o paciente a lavar as mãos; ▪ Orientar o paciente, quanto aos cuidados com a ferida operatória em casa, a relatar imediatamente qualquer um dos sinais de infecção: rubor, edema, aumento do calor ao redor da ferida; presença de faixas avermelhadas na pele, perto da ferida, pus ou secreção, odor fétido; calafrios ou temperatura maior que 37 graus; ▪ Explicar a importância da cessação do tabagismo e de se evitar o consumo de bebidas alcoólicas após a cirurgia.

PROMOÇÃO DA SAÚDE	
Diagnóstico de Enfermagem	Manutenção ineficaz da saúde
Resultados esperados	▪ Demonstrará interesse em buscar ajuda para manter a saúde; adotará comportamento para manter a saúde física e mental.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Identificar os fatores causadores e relacionados que impedem o controle eficiente dos cuidados com a saúde do paciente; fornecer informações relevantes sobre a importância do controle da pressão arterial e de níveis glicêmicos para o tratamento da obesidade; ▪ Explicar as etapas pelas quais ele irá passar antes e depois do procedimento cirúrgico; ▪ Enfatizar a importância do autocuidado e do engajamento do cliente nas recomendações nutricionais e de saúde, como também a importância da cessação do fumo dois meses antes da cirurgia. ▪ Estimular a participação ativa do paciente e da família em todas as orientações pré-operatórias; ▪ Orientar o paciente que, para alcançar o sucesso da cirurgia, é preciso fazer mudanças de comportamento, dentre elas, a reeducação alimentar e a prática regular de atividade física. Pós-operatório imediato Estimular o paciente nas atividades de autocuidado, orientando-o sobre as finalidades dos procedimentos e as intervenções de Enfermagem realizadas. Pós-operatório tardio ▪ Orientar o paciente sobre a importância do monitoramento do controle do peso e do acompanhamento pós-operatório; ▪ Orientar sobre a importância do disciplinamento do paciente em relação às medicações e ao monitoramento de sua saúde. ▪ Estimular a participação ativa do paciente e da família em todos os cuidados prestados.
REQUISITO DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO	
Diagnóstico de Enfermagem	Distúrbio da imagem corporal
Resultados esperados	▪ Demonstrará aceitação da sua condição e entendimento das mudanças no corpo após a cirurgia; ▪ Participará efetivamente das ações de autocuidado para a redução de peso.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório ▪ Estimular o paciente na prática de atividade física e reeducação alimentar para a efetiva perda de peso necessária antes da realização da cirurgia. Pós-operatório imediato ▪ Estimular a participação do paciente nos cuidados prestados; ▪ Avaliar o engajamento do paciente e a participação da família nas atividades de autocuidado. Pós-operatório tardio ▪ Avaliar a adaptação e a percepção do paciente quanto às mudanças ocasionadas pela cirurgia. ▪ Estimular a participação do paciente em grupos de apoio para acompanhamento do processo de perda e de readaptação às mudanças ocasionadas pela cirurgia.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE	
Diagnóstico de Enfermagem	Conhecimento deficiente com relação à cirurgia bariátrica
Resultados esperados	▪ Apresentará conhecimento sobre os aspectos relacionados à cirurgia bariátrica e suas complicações.
Intervenções de Enfermagem	Pré-operatório Esclarecer ao paciente que: ▪ A obesidade é uma doença metabólica de origem multifatorial, que envolve fatores genéticos, endócrinos e ambientais. A obesidade mórbida é uma doença e tem tratamento; ▪ Os benefícios da cirurgia para a melhoria na qualidade de vida e o controle das doenças associadas à obesidade mórbida e as etapas a serem percorridas até a realização de plásticas reparadoras no pós-operatório; ▪ A indicação da cirurgia depende de alguns critérios de seleção de pacientes, os quais foram estabelecidos pela Federação Internacional para a Cirurgia Bariátrica e são os seguintes: IMC maior que 40 kg/m^2 ou >35 kg/m^2 associado a comorbidades de difícil manejo clínico, presença de obesidade por, no mínimo, cinco anos, fracasso no tratamento conservador, ausência de história de alcoolismo ou problemas psiquiátricos graves, idade entre 18 e 55 anos e risco cirúrgico aceitável. Antes da realização da cirurgia, todo paciente deve ser submetido a uma avaliação minuciosa pré-operatória com exames laboratoriais e de imagens para afastar doenças que impossibilitem o ato cirúrgico ou que devam ser corrigidas antes desse procedimento; ▪ Além disso, o paciente deverá fazer um acompanhamento com vários profissionais de saúde: endocrinologista, cirurgião, enfermeiro, psicólogo e nutricionista, para auxiliar a adotar um novo estilo de vida no engajamento para a reeducação alimentar e perda de peso antes da cirurgia; ▪ Orientar o paciente sobre as principais complicações pós-operatórias e sobre a importância do autocuidado para o sucesso da cirurgia; Pós-operatório imediato ▪ Orientar o paciente sobre os procedimentos e as finalidades dos procedimentos e das intervenções de Enfermagem realizadas durante a internação; ▪ Auxiliar o paciente nas atividades de autocuidado; ▪ Estimular o paciente a participar das atividades de autocuidado; Pós-operatório tardio ▪ Avaliar a adaptação e a percepção do paciente quantoàs mudanças ocasionadas pela cirurgia.

Fonte: (Felix LG, Soares MJGO, Nóbrega MML. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Bras Enferm, Brasília 2012; 65(1): 83-91.)

7. Acesso Venoso Periférico

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

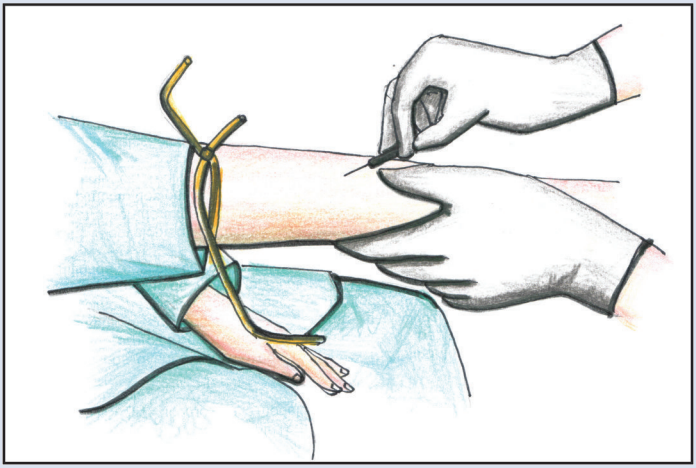


Figura 17: Punção venosa periférica.

A inserção de acesso venoso (Figura 17) é uma prática indispensável dentro do contexto hospitalar, correspondendo a 90% dos procedimentos invasivos realizados por profissionais de Enfermagem. Contudo este tipo de procedimento pode trazer riscos para a segurança do paciente, deixando-o suscetível a eventos adversos infecciosos e não infecciosos (SILVA *et al.,* 2017).

Medidas básicas de prevenção de infecção no momento da inserção do cateter vascular são determinantes para a diminuição de infecções de corrente sanguínea (ICS). Os cateteres venosos periféricos são usualmente inseridos em veias nos membros superiores; são dispositivos vasculares de curta duração mais utilizados, enquanto o cateter venoso central é inserido percutaneamente em veias centrais (jugulares internas, femorais ou subclávias). E são também bastante utilizados os cateteres centrais de inserção periférica (PICC), o cateter periférico que é inserido nas veias cefálicas, basílica ou braquial e atinge a veia cava superior (BUZATTO *et al.,* 2016; PENA & MELLEIRO, 2017; BECCARIA *et al.,* 2018).

As principais complicações, mais comuns relacionadas ao acesso vascular, são: celulite, tromboflebite, septicemia, endocardite.

Recomendações para cateteres periféricos conforme ANVISA 2017:

- Higiene das mãos; deve ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo;
- Selecionar o cateter periférico (calibre) com base na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;
- Não use cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes ou para nutrição parenteral;
- Os cateteres de menor calibre devem ser adotados preferencialmente, pois causam menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso. Um bom fluxo sanguíneo, por sua vez, ajuda na distribuição dos medicamentos administrados e reduz o risco de flebite química (irritação da parede da veia por produtos químicos);
- Os scalps e agulhas só devem ser utilizados para coleta de sangue e administração de medicamento em dose única, sem manter o dispositivo no local da inserção;
- Em adultos, as veias de escolha para a inserção do cateter periférico são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas, a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites;
- Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Deve-se evitar a fossa cubital;
- Para crianças menores de três anos, também podem ser consideradas as veias da cabeça. Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé;

- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante;
- Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios e áreas com outros procedimentos planejados;
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;
- O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico;
- Faça a fricção da pele com solução à base de álcool;
- Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;
- A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser executada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize lâminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção;
- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações. Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas.

Cuidados com todos os tipos de aceso:

- A fixação do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica. É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore®) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres;
- Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho;

- Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações. Fazê-los antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis com solução de cloreto de sódio 0,9%;
- Não forçar o flushing utilizando qualquer tamanho de seringa. Em caso de resistência, avaliar possíveis fatores (como, por exemplo, clamps fechados ou extensores e linhas de infusão dobradas).
- Avaliar o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia;
- Remover cateter tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas;
- Remover o cateter, logo que possível, quando este for instalado em situação de emergência com o comprometimento da técnica asséptica;
- Rotineiramente, o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 horas. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas nesse documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.
- Não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não substituí-los exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência.

8. Medidas para Prevenção de Infecções do Trato Urinário

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé

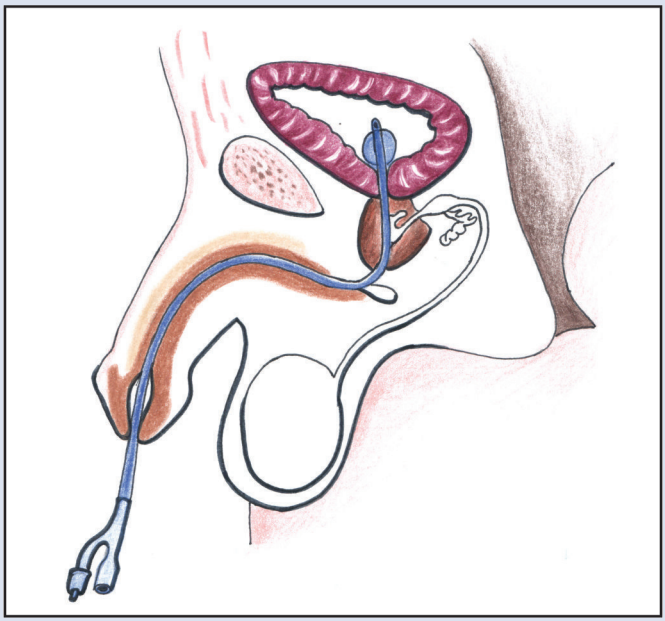


Figura 18: Cateterismo vesical de demora.

As IRAS são consideradas infecções adquiridas após a admissão do paciente no ambiente hospitalar. A Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das mais prevalentes das IRAS, porém de grande potencial preventivo, devido a sua relação com a cateterização vesical (MIRANDA, 2016).

Entre 16 a 25% dos pacientes de um hospital serão submetidos ao cateterismo vesical (Figura 18), de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização, muitas vezes sem indicação clínica. O problema continua quando os pacientes permanecem com o cateter vesical além do necessário; entende-se que o tempo de permanência é um fator crucial para

a colonização e infecção (bacteriana e fúngica). A contaminação poderá ser intraluminal ou extraluminal (biofilme), sendo esta última a mais comum. O crescimento bacteriano inicia-se após a instalação do cateter (Anvisa, 2017).

Técnica de inserção do cateter urinário conforme orientações ANVISA 2017:

- Reunir todo o material para higiene íntima, luvas de procedimento e luva estéril, campo estéril, sonda vesical de calibre adequado, gel lubrificante, antisséptico preferencialmente em solução aquosa, bolsa coletora de urina, seringa, agulha e água destilada;
- Higienizar as mãos
- Realizar a higiene íntima do paciente com água e sabonete líquido (comum ou com antisséptico);
- Retirar luvas de procedimento, executar a higiene das mãos;
- Montar campo estéril fenestrado com abertura;
- Organizar material estéril no campo e abrir o material tendo o cuidado de não contaminá-lo;
- Calcar luva estéril;
- Conectar sonda ao coletor de urina (atividade), testando o baronete (sistema fechado com sistema de drenagem com válvula antirrefluxo);
- Realizar a antissepsia da região perineal com solução padronizada, partindo da uretra para a periferia (região distal);
- Introduzir gel lubrificante na uretra em homens;
- Lubrificar a ponta da sonda com gel lubrificante em mulheres;
- Seguir técnica asséptica de inserção;
- Observar drenagem de urina pelo cateter e/ou sistema coletor antes de insuflar o balão para evitar lesão uretral. O sistema coletor de urina deverá ficar abaixo do nível da bexiga, sem contato com o chão, mantendo o fluxo desobstruído;
- Fixar corretamente o cateter no hipogástrio no sexo masculino e na raiz da coxa em mulheres (evitando traumas);
- Assegurar o registro em prontuário e no dispositivo para monitoramento de tempo de permanência e complicações;
- Gel lubrificante estéril, de uso único, com ou sem anestésico (dar preferência ao uso com anestésico em paciente com sensibilidade uretral);

- Utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral.

Não use cateter urinário, EXCETO nas seguintes situações conforme orientações ANVISA 2017:

1. Pacientes com impossibilidade de micção espontânea;
2. Paciente instável hemodinamicamente com necessidade de monitorização de débito urinário;
3. Pós-operatório, pelo menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto para cirurgias urológicas específicas;
4. Tratamento de pacientes do sexo feminino com úlcera por pressão grau IV com cicatrização comprometida pelo contato pela urina.

Manuseio correto do cateter:

- Após a inserção, fixar o cateter de modo seguro para não permitir tração ou movimentação;
- Manter o sistema de drenagem fechado e estéril;
- Não desconectar o cateter ou tubo de drenagem, exceto se a irrigação vesical for necessária;
- Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;
- Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta; levar a amostra imediatamente ao laboratório para cultura.
- Manter o fluxo de urina desobstruído;
- Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual e evitar contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor;
- Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
- Não há recomendação para uso de antissépticos tópicos ou antibióticos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral;
- Realizar a higiene rotineira do meato e sempre que necessário;
- Não é necessário fechar previamente o cateter antes da sua remoção.

9. Higiene Oral

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé



Figura 19: Higiene oral.

Higiene bucal (Figura 19) é o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico da cavidade bucal com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas, tubo endotraqueal e qualquer outro dispositivo presente na cavidade bucal.

Pacientes hospitalizados muitas vezes ficam totalmente dependentes de cuidados, portanto, impossibilitados de manter uma higienização bucal adequada, necessitando do suporte de profissionais da saúde. Estudos apontam que a higiene oral adequada reduz significantemente a ocorrência de doenças respiratórias entre os pacientes internados em Unidade de

Terapia Intensiva (UTI) (RABELO *et al.,* 2010; STINA *et al.,* 2015; SOUZA, *et al.,* 2013; NOGUEIRA & JESUS, 2017).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o Departamento de Odontologia e o Departamento de Enfermagem recomendam a padronização dos procedimentos de higiene bucal em pacientes graves ou críticos com intuito de controlar efetivamente o biofilme na cavidade bucal; contribuir de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial; detectar e prevenir lesões bucais; identificar e eliminar focos infecciosos; contribuir para a redução do tempo de internação/permanência leito e racionalizar o uso de antibiótico; consequentemente, melhorando a assistência ao paciente grave ou crítico.

A higiene bucal é uma medida significativa para reduzir a Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). A colonização da cavidade bucal especialmente por microrganismos associados à PAV está presente em 67% das secreções orais dos pacientes intubados, com período de intubação igual ou maior que 24 horas e nos equipamentos de ventilação mecânica (SILVEIRA *et al.,* 2010) .

A PAV é principalmente de origem aspirativa. A principal fonte são as secreções das vias aéreas superiores, seguidas pela inoculação exógena de material contaminado ou pelo refluxo do trato gastrintestinal. Estas aspirações são, comumente, microaspirações silenciosas que, quando acontecem, trazem um quadro de insuficiência respiratória grave e rapidamente progressiva (BRASIL. ANVISA 2017).

A imobilidade imposta ao paciente em ventilação mecânica, sobretudo o intubado, potencializa o desequilíbrio da microbiologia bucal. E o rebaixamento do nível de consciência, a sonolência, incapacidade para autolimpeza, deficiente controle orolingual, desidratação das mucosas e a falta de limpeza natural feita pela mastigação e fala favorecem o crescimento microbiano local e a colonização da cavidade bucal por patógenos. Tal condição predispõe a migração dos microrganismos bucais para os pulmões, por meio da aspiração do conteúdo da cavidade bucal, via orofaringe (BRASIL. ANVISA, 2017).

Seguem abaixo orientações, conforme ANVISA 2017, para garantir a segurança dos pacientes na realização do procedimento:

- Estimule, sempre que possível, que o próprio paciente faça sua higiene oral;
- A higiene oral deve ser feita no mínimo três vezes ao dia (ou após as refeições);
- Pacientes com plaquetopenia e/ou em uso de anticoagulantes precisam ser submetidos à higiene oral cuidadosa para evitar sangramentos;
- Em pacientes com dificuldades de deglutição e/ou de cuspir, promova a aspiração orofaríngea durante a realização da higiene oral;
- As próteses dentárias devem ser higienizadas com escova de dente e creme dental e enxaguadas em água corrente;
- Na ausência de escova de dentes ou em pacientes desdentados, pode ser usada uma espátula com gazes.
- Caso ocorra contraindicação no uso da prótese, ela deve ser acondicionada de forma apropriada e assim que possível deverá ser entregue aos familiares e o profissional precisa fazer anotações de Enfermagem sobre o procedimento, bem como anotar o nome do familiar que recebeu a prótese;
- Inspecione cavidade oral e lábios;
- Promova a higiene oral com creme dental e escova dental macia, e posteriormente utilize exagunte bucal de preferência clorexidina aquosa 0,12%.

Conforme a ANVISA 2017, a prática de higiene oral tem como objetivos:

- Controle mecânico do biofilme visível da boca e estruturas adjacentes;
- Controle químico do biofilme da boca e estruturas adjacentes;
- Hidratação das mucosas da boca e estruturas adjacentes;
- Avaliação diagnóstica;
- Orientação de higiene bucal aos técnicos de Enfermagem, de forma individualizada, à beira do leito, adequadas à necessidade de cada paciente;

- Manutenção de uma prática diária e orientada por todos os profissionais responsáveis pela assistência nas visitas multidisciplinares.

Descrição dos procedimentos sugeridos pela Anvisa em pacientes críticos, levando em consideração a atuação de uma equipe multidisciplinar:

1. Controle mecânico do biofilme visível da boca e estruturas adjacentes bucal, com gaze seca ou umedecida em água destilada, nas estruturas e nichos peribucal e intrabucal, inclusive na superfície externa do tubo orotraqueal;
2. Controle químico, lavando as estruturas e nichos peribucal e intrabucal com gaze embebida em 15 mL de clorexidina aquosa, a 0,12 %, durante 1 minuto, inclusive na superfície externa do tubo orotraqueal;
3. Hidratação das estruturas e nichos peribucal e intrabucal com gel comestível à base de óleo de coco a 2% e vitamina E a 2%, inclusive na superfície externa do tubo orotraqueal;
4. Remoção de placa amolecida, supragengival, com escovas dentais de cerdas macias, embebidas em clorexidina em solução aquosa a 0,12%;
5. Raspagem coronária e radicular supragengival, com curetas periodontais, removendo depósitos moles (placa) e duros (cálculo) ainda não removidos das superfícies dentárias localizadas acima da gengiva marginal;
6. Raspagem coronária e radicular subgengival, com curetas periodontais, removendo os depósitos moles (placa) e duros (cálculo) encontrados nas superfícies dentárias localizadas abaixo da gengiva marginal;
7. Desbridamento mecânico para remover tecido inflamado/necrosado, abscessos, cálculos e fatores de retenção de biofilme, por meio de instrumentos manuais (curetas, foices e enxadas). As regiões subgengivais acometidas por bolsas periodontais ativas devem ser irrigadas com gel de clorexidina a 1%;

8. Quando da presença de abscessos intraósseos, de origem endodôntica, sugere-se a exodontia do elemento envolvido. Quando houver envolvimento de tecido mole, além da exodontia do elemento envolvido, recomenda-se fortemente a drenagem do abscesso, através de incisão em ponto de flutuação;
9. Tratamento/remoção de fatores de retenção de placa que apresentem potencial de infecção, como raízes residuais, lesões de cárie aberta, restaurações e dentes fraturados que apresentem bordas cortantes, dentre outros;
10. O dorso da língua, quando houver denso e aderido biofilme lingual visível, deve ser limpo mecanicamente, com dispositivos especiais (pinça Kelly), após intensa hidratação da matéria orgânica aderida. Sugere-se evitar dispositivos abrasivos como os raspadores linguais que possam gerar lesão tecidual e quebra de barreira;
11. Repetem-se os itens 1, 2 e 3, porém ao término, aplica-se no dorso lingual, no palato e na superfície do tubo orotraqueal gel de clorexidina a 1% ou solução aquosa de clorexidina a 0,12%, a depender da avaliação do cirurgião dentista.
12. Os itens 4, 5, 6, 7, 8,9 e 10 correspondem à função do cirurgião dentista.

Cabe ressaltar:

1. Na necessidade de qualquer procedimento invasivo como exodontias, drenagens de abscessos, raspagens subgengival de bolsas ativas, dentre outros, deve ser realizada a antibioticoterapia profilática intravenosa uma hora antes do procedimento. A decisão do melhor momento para se efetuar a intervenção e a medicação ideal a ser utilizada deve sempre ser compartilhada com o médico responsável pelo doente;
2. Considera-se recomendação forte a aferição da pressão de cuff e da posição de tubo antes de se iniciar a higiene bucal. Ao término desta, deve-se executar a aspiração subglótica e a aspiração da cavidade bucal, tanto no momento da execução dos procedimentos de higiene bucal, como nos cuidados gerais ao longo do dia.

10. Promovendo Segurança aos Pacientes com Lesões Cutâneas

Luiza Carla Fonseca Renó Gonzaga
Geraldo Magela Salomé



Figura 20: Lesão cutânea.

Uma lesão/ferida é definida como o rompimento da integridade cutâneo-mucosa (Figura 20), em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, onde o organismo humano aciona seus mecanismos de defesa (da SILVA, *et al.,* 2014).

As lesões podem ser classificadas em agudas ou crônicas de acordo com o tempo de reparo tecidual. As agudas são lesões resultantes de cirurgias ou traumas em que o processo de reparação do tecido ocorre em tempo adequado e sem complicações, levando à restauração da integridade anatômica e funcional. Já as lesões crônicas são classificadas de acordo com a aparência do leito lesionado, com a presença de tecido necrótico e esfacelo; não sendo reparadas no tempo adequado e apresentando complicações. (TAYAR *et al.,* 2007; MASSAHUD JUNIOR, 2017).

10.1 Limpeza de Ferida



Figura 21: Limpeza de ferida.

A limpeza da ferida (Figura 21) é um componente vital no seu tratamento. É executada com a utilização de uma solução líquida de modo a eliminar material solto, agentes patogênicos, corpos estranhos, tecido necrosado e excesso de exsudato, os quais podem contribuir para o desenvolvimento de infecção. A limpeza prepara o leito da ferida, criando um ambiente melhor para a cicatrização, com melhor vascularização, menor quantidade de exsudato e controle do balanço bacteriano (RODRIGUES & SILVA, 2012).

Segundo Santos et al. (2016), uma solução adequada para a limpeza de feridas deve ter algumas características:

- Não ser tóxica para os tecidos humanos;
- Continuar a ser eficaz na presença de material orgânico;
- Reduzir o número de microrganismos;
- Não causar reações de sensibilidade;
- Estar amplamente disponível;
- Ter baixo custo;
- Ter estabilidade por longo tempo.

Existem três tipo de soluções que podem ser utilizadas na limpeza de feridas: limpeza com irrigação de SF 0,9 %, limpeza com irrigação de água potável e solução de polihexanida (Prontosan).

Aqui iremos abordar a técnica de limpeza por irrigação de SF 0,9%, porque muitas instituições não dispõem de recursos físicos para a limpeza com água de chuveiro. O uso de chuveiro compartilhado com demais pacientes internados no mesmo quarto pode gerar a infecção por cruzada de bactérias multirresistentes. Pacientes com impossibilidade de remoção do leito apresentam dificuldade na limpeza da lesão com a água potável. Além disso, a utilização de água potável na limpeza de feridas com exposição de ossos e tendões é contraindicada (SANTOS *et al.,* 2016)

A técnica de limpeza pelo método de irrigação deve ser exaustiva, até a retirada de todo o exsudato presente no leito da ferida. Deve ser realizada com seringa de 20 mL e agulha de 40 x 12 preenchida com solução fisiológica 0,9% aquecida a 37ºC. O uso de solução fisiológica aquecida e em jato propicia o desbridamento mecânico da lesão, previne a diminuição da temperatura do leito e estimula a vasodilatação local, acelerando o processo cicatricial. A utilização da solução fisiológica é recomendada por ser isotônica e não interferir no processo de cicatrização (RANGEL & CALIRIL, 2009; DEALEY, *et al.,* 2012 ; GEOVANINI, 2014).

A limpeza por irrigação da ferida impede a quebra das fibras dos tecidos neoformados e garante a limpeza adequada do leito da ferida, mas quando é utilizada uma pressão excessiva, pode arrastar os detritos mais profundamente, aumentando o risco de infecção e quando a pressão utilizada é insuficiente para a remoção dos detritos e exsudatos, não é eficaz. A técnica de limpeza com chuveiro consiste na irrigação da lesão com água, usando a pressão do mesmo. Essa última tem sido amplamente adotada em razão do saldo positivo em relação ao custo/benefício (SANTOS *et al,* 2011; RODRIGUES & SILVA, 2012; GONÇALVES *et al,* 2014).

A aplicação de antissépticos e antibióticos tópicos no leito das feridas infectadas é controversa. As diretrizes para feridas apontam para evidências insuficientes quanto à duração, eficácia e segurança no emprego de antibioticoterapia tópica e todas salientam a possibilidade de desenvolvimento de resistência bacteriana ao longo do tempo. Além disso, os produtos tópicos contendo antimicrobianos podem causar reações de hipersensibilidade. Em

prazos curtos, os antimicrobianos tópicos podem ser utilizados em úlceras com sinais de infecção, desde que o monitoramento diário da evolução da ferida seja possível. Não devem ser utilizados em tecido com presença de granulação, pois lesionam este tecido, dificultando o processo de cicatrização da lesão (WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY 2010; GONÇALVES *et al.,* 2014).

O método tradicional de limpeza com compressas (gases) tem demonstrado causar traumatismos nos tecidos de granulação, comprometendo a cicatrização da ferida, não removendo as bactérias do leito lesionado e sim as redistribuindo, porém, quando realizado no tecido desvitalizado, promove o desbridamento mecânico (SANTOS *et al.,* 2011; RODRIGUES & SILVA, 2012).

10.2 Desbridamento

As características do tecido presente no leito da ferida desempenham um papel importante na evolução no processo de cicatrização. O tecido inviável ou deficiente atrasa a cicatrização, proporciona meio de cultura para o crescimento de microrganismos, prolonga a resposta inflamatória, cria uma barreira para a formação de tecido de granulação e epitelização. Estes tecidos também favorecem a formação de biofilmes, os quais podem estar presentes no leito da ferida, no exsudato e no tecido necrótico e são altamente resistentes ao tratamento antimicrobiano (GONÇALVES *et al.,* 2014).

O desbridamento trata da remoção de tecido inviável presente na ferida, e faz parte do processo autolítico e fisiológico do processo cicatricial da ferida em condições normais e adequadas. Os neutrófilos e macrófagos agem na fase inflamatória, digerem e removem detritos celulares. O processo natural de desbridamento, entretanto, torna-se insuficiente diante do acúmulo de tecido desvitalizado. A demanda aumentada de células fagocitárias retarda o processo de cicatrização. Portanto, o desbridamento é um componente essencial para que a terapia tópica seja bem-sucedida e o manejo da ferida desenvolva seu potencial (GONÇALVES *et al.,* 2014). A retirada dos tecidos desvitalizados reduz a carga bacteriana da ferida, de modo a prevenir as infecções, facilitar a visualização e avaliação da ferida.

Existem dois tipos de tecidos desvitalizados:

1. **Tecido de esfacelo:** de coloração amarelo, macio que pode estar bem aderido ou não ao leito da ferida (Figuras 22a, 22b e 22c);

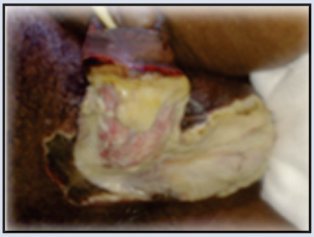


Figura 22a

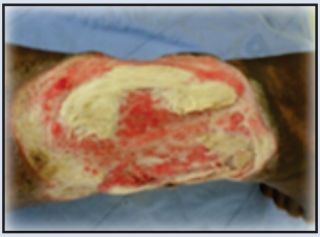


Figura 22b



Figura 22c

Figuras 22a, 22b e 22c: Tecidos de esfacelo.

2. **Tecido necrótico:** crosta endurecida de coloração escura denominada escara, podendo ocorrer em feridas de diversas etiologias (Figuras 23a e 23b).



Figura 23a



Figura 23b

Figuras 23a e 23b: Tecidos necróticos.

A escolha do método mais eficaz de desbridamento depende das características do tecido inviável presente na ferida, os quais iremos citar abaixo:

- **Desbridamento autolítico:** realizado pelas próprias enzimas e macrófagos presentes no leito da ferida, sendo necessária uma cobertura adequada para a manutenção da umidade e temperatura do leito. Tais coberturas podem ser: hidrogel (Figura 24a) ou hidrocoloide (Figura 24b) (SANTOS *et al.,* 2013; CORTES, 2013).



Figura 24a

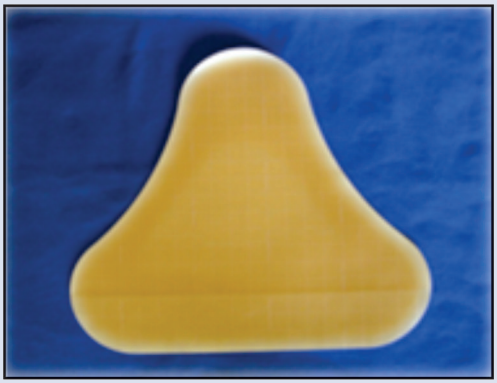


Figura 24b

Figuras 24a e 24b: Coberturas para desbridamento autolítico.

- **Desbridamento enzimático:** é semelhante ao autolítico por utilizar enzimas, porém neste caso as enzimas são exógenas. Exemplos: colagenase e papaína;

- **Desbridamento mecânico:** consiste na remoção do tecido desvitalizado de forma mecânica. Pode ser realizado por: fricção sobre o leito da ferida com gaze embebida em solução de limpeza, irrigação com SF 0,9% morna, conforme já citado na técnica de limpeza e úmido-seco, que consiste em cobrir a ferida com gaze seca, aguardar que esta fique aderida ao leito da ferida para depois retirá-la (SANTOS *et al.,* 2013; CORTES, 2013; GONÇALVES *et al.,* 2014);

- **Desbridamento instrumental:** procedimento exclusivo para enfermeiro e médicos com os seguintes materiais: lâminas de bisturi, pinças e tesouras, podendo ser utilizados com técnicas de square (retirada do tecido desvitalizado em pequenos quadrados após ter feito na escara cortes transversais e longitudinais paralelos) ou cover (realizam-se cortes paralelos ao leito da ferida retirando todo o tecido desvitalizado) (Figura 25). Pode ser associado a um desbridamento autolítico ou enzimático para facilitar a remoção de tecido inviável em grande quantidade, ressecado ou muito aderido ao leito (CORTES, 2013; GONÇALVES *et al.,* 2014);

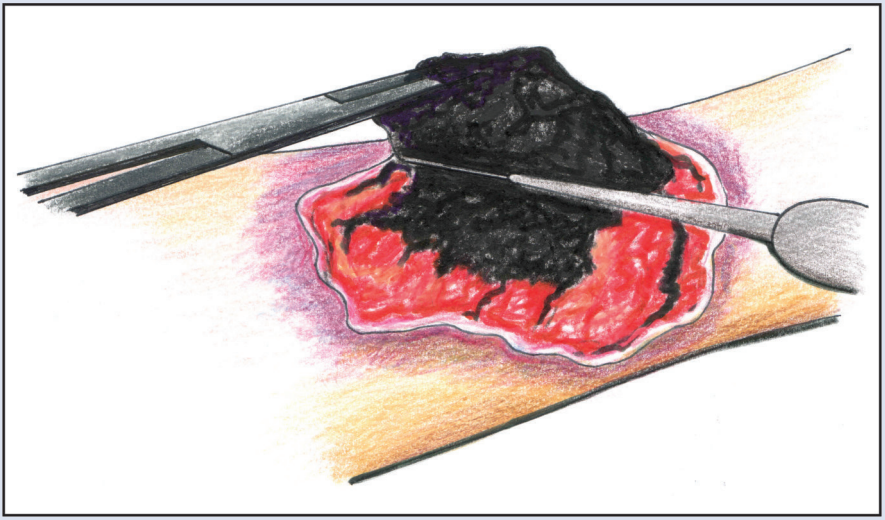


Figura 25: Desbridamento instrumental.

- **Desbridamento cirúrgico:** realizado em centro cirúrgico com procedimentos anestésicos (Figura 26);

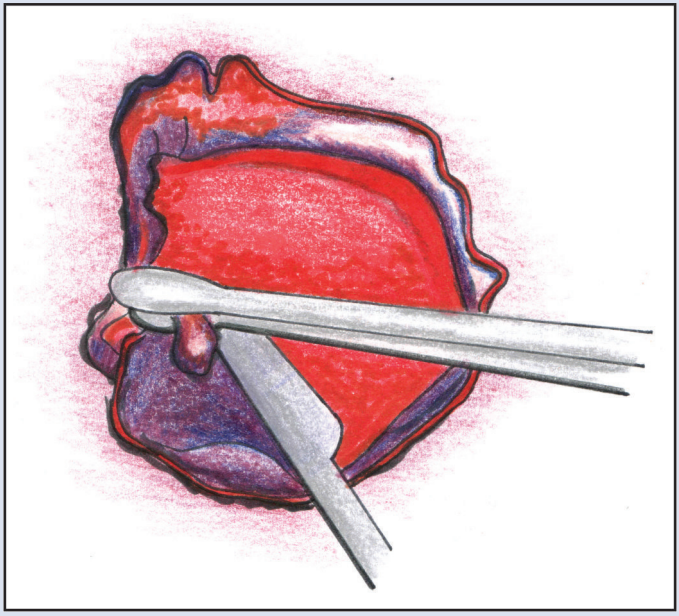


Figura 26: Desbridamento cirúrgico.

- **Escarotomia:** São realizadas incisões paralelas (horizontais e verticais) sobre o leito da ferida (Figura 27);

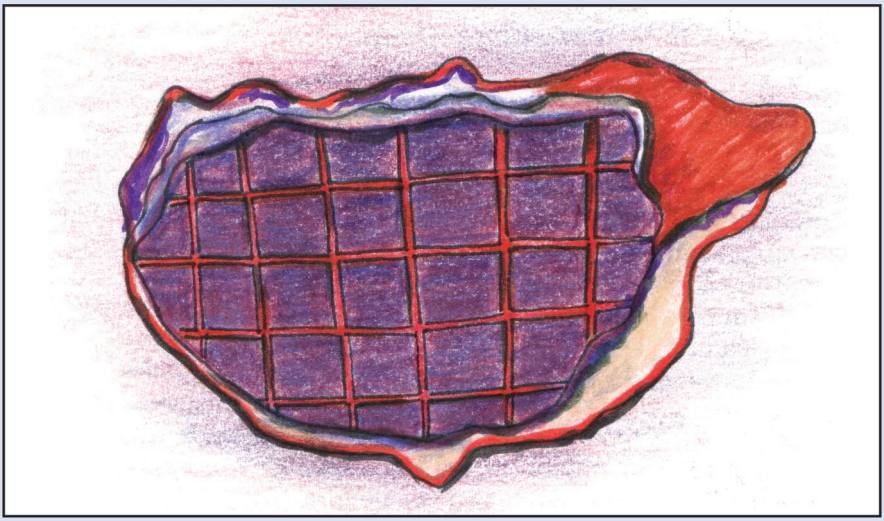


Figura 27: Escarotomia.

10.3 Dermatite Associada à Incontinência Urinária

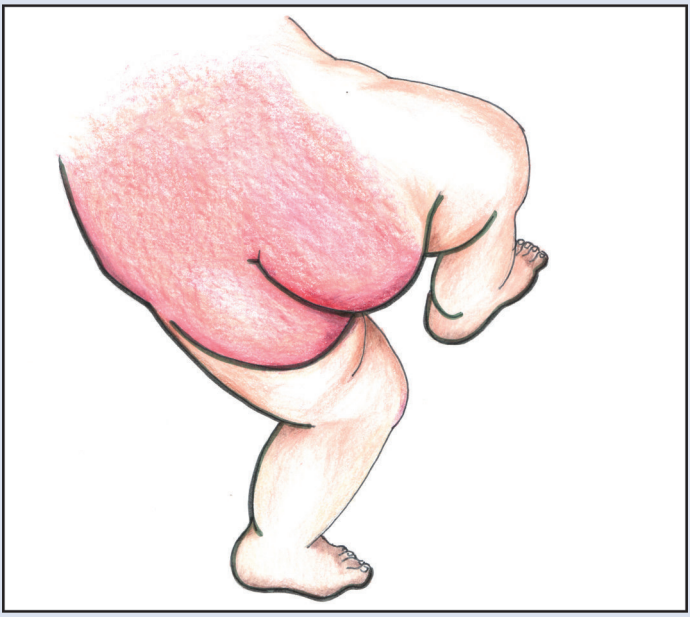


Figura 28: Dermatite associada à incontinência urinária.

Dermatite associada à incontinência (DAI) (Figura 28) “é uma manifestação clínica de lesões de pele associadas à umidade, comum em pacientes com incontinência fecal e/ou urinária. É uma inflamação da pele na região perineal, perigenital, perianal e adjacências, proveniente do contato com urina ou fezes. São lesões caracterizadas por erupções cutâneas, erosão da epiderme e aparência macerada”. (CUNHA et al., 2017, KON *et al.* , 2017; BEESON *et al.,* 2017; GRAY & GIULIANO, 2017 GRAY & GIULIANO, 2018).

A população brasileira acima de 60 anos vem aumentando progressivamente e, com isso, o uso de fraldas geriátricas, bem como o surgimento de DAI, tem sido mais frequente. Na população idosa, a incontinência urinária é considerada uma das mais importantes e recorrentes síndromes geriátricas e tem impacto negativo sobre a vida das pessoas, tais como predisposição a infecções, problemas de pele, interrupção do sono, além de comprometer o convívio social. (CUNHA *et al.,* 2017; KON *et al.,2017*).

Fatores predisponentes à Dermatite associada à incontinência urinária:

- Fraldas: são oclusivas, impedindo a aeração do local.
- Fezes e urinas: a degradação da ureia presente na urina em amônia atua como fator agravante na pele previamente lesionada, elevando o pH cutâneo, o que aumenta a atividade das proteases e lipases liberadas juntamente com as fezes pelo trato gastrointestinal; estas enzimas digestivas causam alterações consideráveis na barreira epidérmica. Além disso, a exposição prolongada da pele com a urina aumenta a permeabilidade a substâncias irritantes.
- Fricção: não é um fator determinante, porém predisponente. Evidenciado pelos locais observados de dermatite, onde se tem contato de pele com pele.
- Hiper-hidratação: gerada pela presença de fraldas, ureia urinária e situações clínicas como a febre. Torna a pele mais suscetível à fricção originada pela movimentação. Responsável também pela maceração cutânea alterando a barreira epidérmica, criando um ambiente ideal para a proliferação de microrganismos.
- Temperatura: o aumento da temperatura local dificulta a perspiração da pele, levando a uma vasodilatação local e inflamação local.
- Irritantes químicos: efeitos tópicos irritantes diretos na pele (sabonetes, talcos, óleos) ou medicamentos sistêmicos que alteram a flora intestinal.
- Microrganismos: com frequência surgem infecções secundárias na pele já lesionada, por Candida albicans, Bacillos Faecallis, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus e Streptococcus. (FERNANDES *et al.*, 2008)

Além dos fatores determinantes citados acima, devemos levar em consideração o tempo e a frequência de exposição a estes (CUNHA *et al.,* 2017; GRAY & GIULIANO, 2017 GRAY & GIULIANO, 2018). A dor provocada pele DAI gera limitações, uma vez que o paciente, na tentativa de proteger-se, fica imobilizado, aumentando assim a ocorrência de lesões por pressão (CUNHA *et al.,* 2017).

Condutas terapêuticas:

Abaixo vêm descritas as condutas terapêuticas para Dermatite Associada à Incontinência Urinária (ALVES *et al.,* 2016; CHIANCA *et al.,* 2016).

Avaliação do Risco para Desenvolvimento de DAI na Admissão

- Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão em relação ao risco para desenvolvimento de DAI. Essa avaliação deve levar em consideração o uso de antibioticoterapia, a ausência de sondas vesical de demora, uso de fraldas descartáveis, administração de alimentação enteral, consistência e frequência das eliminações.
- A identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de DAI deve ser feita por meio da Escala de Avaliação Perineal de Nix. Conforme este instrumento, quanto maior a pontuação, maior o risco de DAI. A escala Nix classifica o risco de desenvolvimento da DAI em: Risco Alto (6 a 8 pontos), Risco Moderado (5 a 3) ou Risco Baixo (0 a 2).
- O registro sobre a avaliação da integridade da pele do paciente e a aplicação da Escala de Avaliação Perineal de Nix (Quadro 10) deverá ser realizado no prontuário.

Quadro 10: Escala de Avaliação Perineal de Nix

Fatores	**Avaliação da pele x Pontuação**
Tipo e intensidade do agente irritante	0. Fezes formadas e/ou urina 1. Fezes moles com ou sem urina 2. Fezes líquidas com ou sem urina
Duração do contato com o agente irritante	0. Troca do absorvente pelo menos a cada 2 horas ou menos 1. Troca do absorvente pelo menos a cada 4 horas ou menos 2. Troca do absorvente pelo menos a cada 8 horas ou menos
Condições da pele perineal	0- Pele clara e intacta 1. Eritema/dermatite com ou sem candidíase 2. Pele desnuda/erodida com ou sem dermatite
Fatores contribuidores (Albumina baixa, antibióticos, alimentação por tubo, Clostridium difficile)	0. Zero a um fator contribuidor 1. Um a dois fatores contribuidores 2. Três ou mais fatores contribuidores

Fonte: Gray, M. et al.Dermatite Associada à Incontinência, um consenso sobre o tema. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007; 34(1): 45-54.
Brandão ACMAG; Gambin CC; Majado CA; Kunitake N; Alexandre NMC. Adaptation of "Perineal Assessment Tool" for Brazilian cultur. Estima, Braz. J. Enterostomal Ther. 2018; 16(1): e0618.

Manejo da Umidade: Manutenção do paciente seco e com a pele hidratada:

- Manter lençóis sempre limpos e secos;
- Limpar a pele sempre que estiver em contato com eliminações fisiológicas, como em contato com fezes ou urina. Recomenda-se a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- Aplicar protetor cutâneo spray a cada 48/48 horas após o banho no leito. Se houver sinais de irritação da pele em consequência das eliminações fisiológicas, aplicar o protetor cutâneo de 24/24 horas;

- Não utilizar hidratantes na região de fraldas em pacientes incontinentes a fim de reduzir o risco de dano à pele, exceto quando esta área apresentar sinais de xerose cutânea (pele seca, sem fissuras);
- Controlar a umidade por meio da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas para a incontinência urinária e fecal (quando não for possível o uso de coletores urinários masculinos, comadres ou marrecos);
- Recomenda-se a troca das fraldas para os pacientes com diurese em fralda a cada três horas e para a eliminação intestinal a cada episódio;
- Atentar para 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. Tentar manter a pele limpa e seca.

10.4 Lesão por Fricção

As lesões por fricções (skin tears) se constituem como lesões advindas de trauma, seja por fricção, contusão ou cisalhamento da pele. A tensão presente na retração, atrito ou choque entre a pele do indivíduo e a superfície do leito ou de objetos ao redor pode provocar feridas de espessura parcial ou de espessura total. As topografias corporais que mais são atingidas pelas skin tears são o dorso das mãos, os braços, os cotovelos e as pernas de pessoas idosas ou muito jovens, como neonatos. A produção de exsudato seroso, especialmente nas primeiras 24 horas, torna as lesões por fricções majoritariamente úmidas (SANTOS, 2014; BARANOSKI *et al.,* 2016; STRAZZIERI-PULIDO *et al.,* 2017;BENBOW, 2017).

Este tipo de lesão decorre, sobretudo, das fragilidades do corpo do idoso, como a redução da espessura das camadas da pele, redução de sua umidade, elasticidade e resistência, fragilidades que se potencializam após os 75 anos de idade (MCINULTY, 2017; SERRA *et al.,* 2018; IKEDA *et al.,* 2018). Com o processo de envelhecimento, as camadas da pele reduzem a espessura, a umidade, a elasticidade e a resistência. Ocorrem também uma diminuição do tato e percepção da dor e a resposta inflamatória torna-se cada vez menos eficaz. Estes são fatores que predispõem ao surgimento de lesões por fricção (AMARAL *et al.,* 2012).

Fatores de risco para lesão por fricção:

- Redução da espessura dérmica;
- Perda de tecido subcutâneo;
- Diminuição do aporte sanguíneo para a pele;
- Maior frouxidão entre a epiderme e a derme;
- Redução da umidade;
- Redução da elasticidade;
- Edema;
- Equimoses ou hematoma;
- Necessidade de aplicar e remover adesivos;
- Escolha de fita incorreta para necessidade da pele do paciente;
- Não proteger a pele vulnerável.

Em 2007, Carville e outros desenvolveram o STAR (Skin Tear Audit Research) Classification System - Guia de Tratamento, Sistema de Classificação e Glossário, no qual “o guia de tratamento conta com seis tópicos relacionados aos cuidados com a ferida e a pele ao redor. O sistema de classificação avalia a presença/ausência do retalho de pele e sua viabilidade. Possui cinco fotografias, cada uma relacionada a sua respectiva descrição de categoria de Skin tear. Por último, no verso do instrumento, há o glossário, que traz as definições de Skin tear e de termos técnicos relacionados ao assunto.” (STRAZZIERI-PULIDO et al, 2010). Em 2010, o Sistema de classificação STAR foi validado para a Língua Portuguesa por Strazzieri-Pulido et al. (STRAZZIERI-PULIDO et al., 2010).

Categoria 1a - Skin tears sem perda do tecido:

Lesão por fricção categoria 1ª: apresenta-se sem perda de tecido, o retalho de pele pode ser realinhado com as margens da ferida sem excesso de tensão. A coloração do retalho ou da pele não é pálida, opaca ou escurecida (Figura 29).



Figura 29: Categoria 1a - Skin tears sem perda do tecido - sem alteração na coloração da pele.
Fonte: Photographs courtesy of the Skin Tear Audit Research (STAR) photographic library, Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology.

Categoria 1b - Skin tears sem perda do tecido:

Na lesão por fricção categoria 1b, a aba de pele pode ser realinhada às margens da ferida principal sem excesso de tensão, a lesão por fricção tem a coloração: pálida, opaca ou escurecida (Figura 30).



Figura 30: Categoria 1b - Skin tears sem perda do tecido - com alteração na coloração da pele.

Fonte: Photographs courtesy of the Skin Tear Audit Research (STAR) photographic library, Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology.

Categoria 2a - Skin tears com perda parcial do tecido:

A lesão por fricção na categoria 2a apresenta retalho de pele que não pode ser realinhado às margens da lesão original, sem que haja tensão excessiva. Não há alteração na coloração da pele (não se apresenta pálida, opaca ou escurecida) (Figura 31).



Figura 31: Categoria 2a - Skin tears com perda parcial do tecido - sem alteração na coloração da pele.

Fonte: Enfª. Helga dos Santos Cabeceira

Categoria 2b - Skin tears com perda parcial do tecido:

A lesão por fricção na categoria 2b apresenta retalho de pele que não pode ser realinhado às margens da lesão original, sem que haja tensão excessiva. Há alteração na coloração da pele (apresenta-se pálida, opaca ou escurecida) (Figura 32).

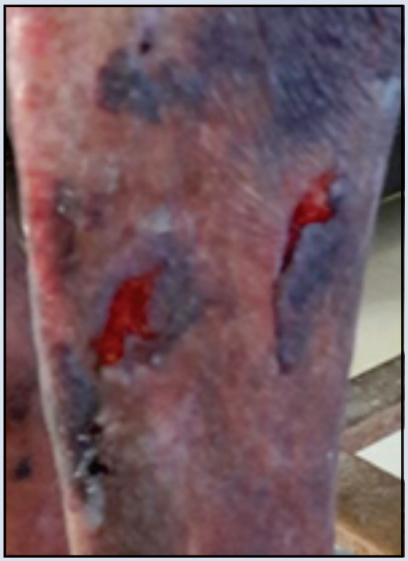


Figura 32: Categoria 2b - Skin tears com perda parcial do tecido - com alteração na coloração da pele.

Categoria 3 - Skin tears com perda total do tecido:

Na lesão por fricão na categoria 3, não há retalho de pele. O retalho, quando não se encontra mais viável, precisa ser retirado de acordo com a rotina (Figura 33).



Figura 33: Categoria 3 - Skin tears com perda total do tecido.

Cuidados preventivos:

- Utilizar técnicas corretas de manipulação, mudança de decúbito e transferência do paciente, evitando fricções, cisalhamento ou contusões;
- Alimentação adequada para conferir maior resistência à pele;
- Realizar adaptações no ambiente para que este se torne seguro;
- Utilizar sabonetes emolientes com pH neutro e/ou com Aloe vera. Sabonetes alcalinos ou antibacterianos podem ressecar a pele, além de alterar a flora bacteriana residente;
- Realizar ações educativas com familiares, cuidadores e próprio paciente com o intuito de minimizar situações de risco (SANTOS 2014; VANZI & TOMA, 2017; POWELL *et al.,* 2017; SERRA *et al.,* 2018; IKEDA *et al.*, 2018).

Tratamento das Lesões por Fricção de categorias 1a e 1b:

Os cuidados com a lesão por fricção categoria 1 consistem em limpar com solução salina e em seguida a aba de pele deve ser reaproximada. O próprio retalho de pele, quando viável, se mostra como a melhor cobertura existente para as lesões por fricções. Recomenda-se também a administração de uma cobertura primária à base de silicone (com sete dias de permanência máxima) (VANZI & TOMA; 2017; POWELL *et al.,* 2017; SERRA *et al.,* 2018; IKEDA *et al.,* 2018);

Tratamento das Lesões por Fricção de categorias 2 e 3:

As lesões por fricção categoria 2 e categoria 3 exigem cuidado semelhante. Para a de categoria 2, há a recomendação de que o retalho de pele seja reaproximado (por rolamento) com o apoio de um cotonete em virtude de seu comprometimento por perda tecidual. A de categoria 3 requer cobertura secundária feita de espuma absorvente e, para melhor controle do exsudato, sua troca não deverá extrapolar os cinco dias de prazo (SANTOS, 2014; STRAZZIERI-PULIDO *et al.,* 2015; LEBLANC *et al.,*2016; CANDELORO,2017; SKIVEREN *et al.,* 2017; LEBLANC & BARANOSKI, 2017).

Cuidados gerais:

- Os cuidados básicos já mencionados acima;
- Curativo ideal: simples, rápido, indolor, confortável, de fácil remoção e funcionar como barreira protetora contra microrganismos;
- O curativo deve ser forte e resistente sem prejudicar as atividades da vida diária,
- Todas as lesões devem ser limpas com solução salina morna e suas bordas secas em ar ambiente ou gazes estéreis, antes do realinhamento da pele e da aplicação de coberturas.
- Para lesões de categoria 1: o próprio retalho de pele, quando viável, torna-se a melhor cobertura existente;
- Categoria 2 e 3 necessitam de cobertura secundária, podendo ser utilizado qualquer tipo de cobertura presente no mercado, desde que observadas as sua indicações e contraindicações:
- Coberturas à base de silicone são excelentes, uma vez que respeitam os critérios de curativo ideal, não prejudicam o retalho e podem ser removidas a cada sete dias.
- A categoria 3 exige uma cobertura secundária feita de espuma para conter o exsudato.
- Para evitar maiores traumas, a remoção do curativo deve ser executada em sentido oposto ao da lesão (no sentido do retalho). Para que isso seja possível, é necessário que o profissional ou cuidador que o realizou anteriormente indique o sentido de sua retirada;

- Para a retirada do curativo, pode-se fazer uso de removedores para que a sua remoção seja a menos traumática possível;
- Tecidos necróticos e desvitalizados devem ser removidos anteriormente à aplicação de uma cobertura;
- Skin Tear apresentando sinais flogísticos devem ter o intervalo de troca de curativos reduzido, quando se fala de coberturas de longa permanência para que possa ser reavaliado;

Avaliar a necessidade de vacinação ou revacinação de vacina antitetânica (SANTOS, 2014; STRAZZIERI-PULIDO *et al.,* 2015; LEBLANC *et al.,* 2016; CANDELORO, 2017; SKIVEREN *et al.,* 2017; LEBLANC & BARANOSKI, 2017).

10.5 Lesão por Pressão

O termo “úlcera por pressão” (UPP), no mês de abril de 2016, foi substituído por “lesão por pressão”, segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel Injury (NPUAP). Em reunião com mais de 400 profissionais na cidade de Chicago, Estados Unidos da América (EUA), nos dias 8 e 9 de abril de 2016, estabeleceram-se mudanças na terminologia, que a partir de então, passou a descrever com mais precisão as lesões de pressão para pele intacta e ulcerada. Números árabes são agora utilizados nos nomes das fases. De acordo com a NPUAP (2016), lesão por pressão é definida como lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada com um dispositivo médico ou outro, resultante de intensa pressão e/ou prolongada ou de pressão combinada com cisalhamento. A NPUAP acrescenta que a tolerância do tecido mole para pressão e cisalhamento também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condição do tecido mole (NPUAP, 2016).

Com relação à classificação da lesão por pressão, agora devem ser utilizados números arábicos para cada estágio ao invés de números romanos. O termo “suspeita” também foi removido da categoria “suspeita de lesão tissular profunda”, permanecendo “lesão tissular profunda”. Por fim, é descrito também o conceito de lesão por pressão decorrente de dispositivos médicos e a lesão por pressão em membrana mucosa (NPUAP, 2016; MORAES *et al.,* 2016).

Classificação das Lesões por Pressão (NPUAP, 2016; MORAES *et al.,* 2016)

Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema não branqueável:

Apresenta pele intacta com uma área localizada de eritema não branqueável, que pode aparecer diferentemente em pele de pigmentação escura. A presença de eritema branqueável ou de alterações na sensação, temperatura ou consistência pode preceder mudanças visuais. As mudanças de cor não incluem a descoloração roxa ou marrom, que pode indicar LPP em tecidos profundos (Figura 36).

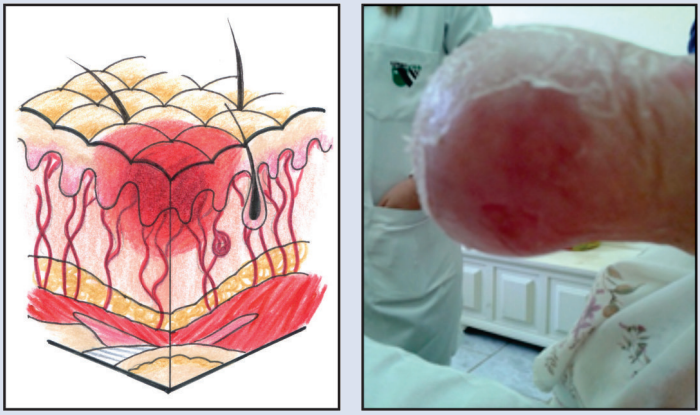


Figura 34: Lesão por pressão estágio 1.

Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme:

Perda parcial da espessura da pele com derme exposta. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido, e também pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido. Nesta lesão, o tecido adiposo (gordura) e tecidos mais profundos não estão visíveis. O tecido de granulação, esfacelo, e a escara também não estão presentes (Figura 37).

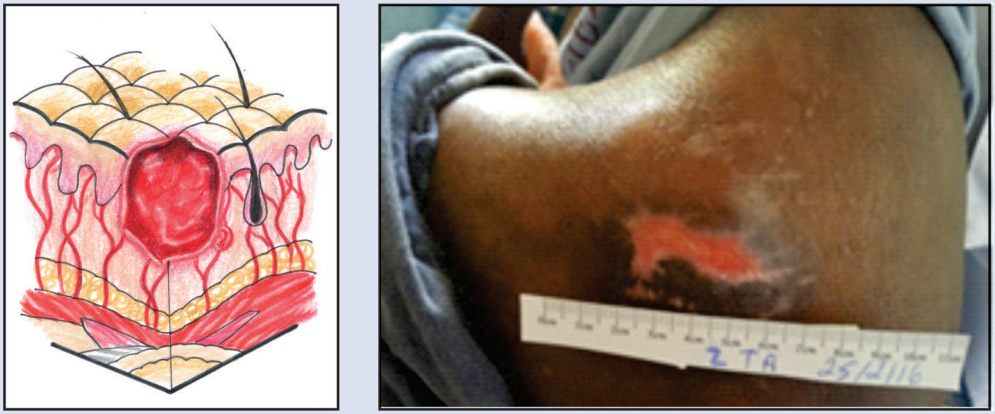


Figura 35: Lesão por pressão estágio 2.

Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda total da espessura da pele:

Apresenta perda total da espessura da pele, na qual o tecido adiposo (gordura) é visível na úlcera. O tecido de granulação e a borda despregada da lesão estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. A profundidade do prejuízo tecidual vai variar conforme a localização anatômica; áreas de adiposidade significativa podem desenvolver feridas profundas (Figura 38).

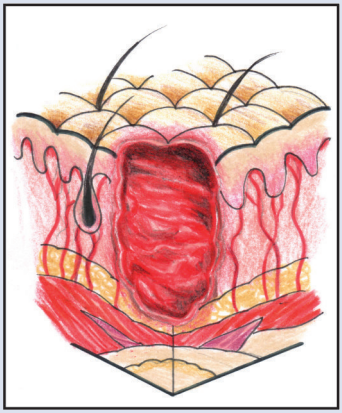




Figura 36: Lesão por pressão estágio 3.

Lesão por Pressão Estágio 4 - Perda total da espessura da pele e perda tissular:

Há perda total da espessura da pele e exposição ou palpação direta de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso que, na úlcera Esfacelo e/ou escara, podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente (Figura 39).

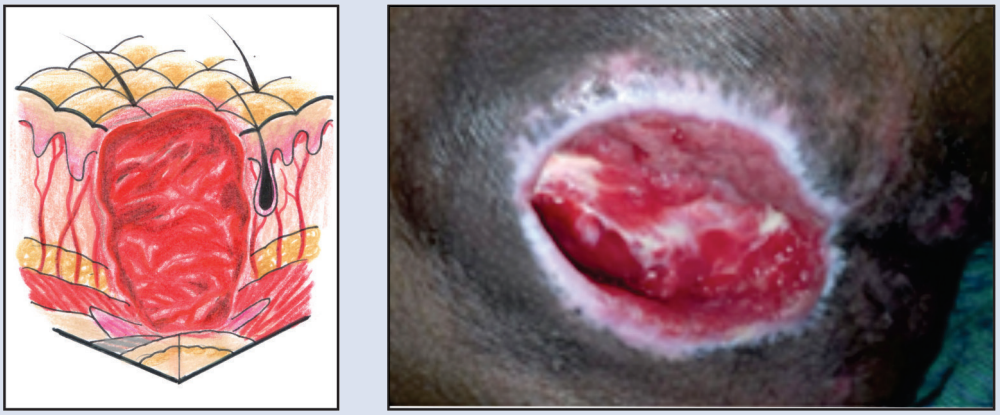


Figura 37: Lesão por pressão estágio 4.

Lesão por Pressão não Estadiável:

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Neste tipo de apresentação, há perda total da espessura da pele e tecido, em que a extensão do dano tecidual no interior da úlcera não pode ser confirmada, porque está coberta por esfacelo ou escara. Se o esfacelo ou escara forem removidos, a LPP poderá ser classificada como estágio 3 ou 4 (Figura 40). Deve ser considerada ainda escara estável (ou seja, seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) sobre um membro isquêmico ou no calcanhar, a qual não deve ser removida (Figura 41).



Figura 38: Lesão por pressão não estadiável.



Figura 39: Lesão por pressão não estadiável no calcanhar.

Lesão por Pressão Tissular Profunda:

Descoloração vermelho-escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não intacta com área localizada de vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme, revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue (Figura 42).

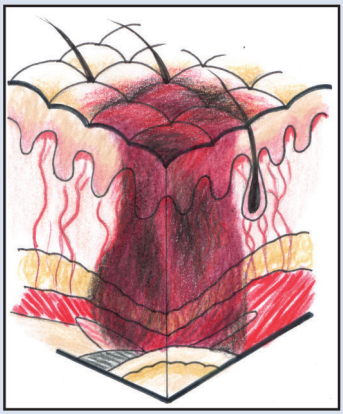




Figura 40: Lesão por Pressão Tissular Profunda.

Para avalição do risco para UPP, em 1987, Braden criou um escala na qual são avaliados seis tópicos: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Uma vez avaliado e estabelecido um score, o paciente é classificado como: risco muito alto (pontuação igual ou menor que 9), risco alto (pontuação 10-12), risco moderado (pontuação 13-14), baixo risco (pontuação 15-18), sem risco (19-23) (Quadro 12) (SERPA *et al.,* 2011).

Quadro 11: Escala de Braden (versão adaptada e validada para o Brasil)

Nome do paciente:_____		**Nome do avaliador:**_____		**Data da avaliação:**_____
PERCEPÇÃO SENSORIAL	**1. Totalmente limitado:**	**2. Muito limitado:**	**3. Levemente limitado:**	**4. Nenhuma limitação:**
Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto, exceto por meio de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Responde a 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 uma ou duas extremidades.	Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.

UMIDADE	**1. Completamente molhada:**	**2. Muito molhada:**	**3. Ocasionalmente molhada:**	**4. Raramente molhada:**
Nível ao qual a pele é exposta à umidade.	A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE	**1. Acamado:**	**2. Confinado à cadeira:**	**3. Anda ocasionalmente:**	**4. Anda frequentemente:**
Grau de atividade física.	Confinado à cama.	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.	Anda ocasionalmente durante o dia, embora em distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE	**1. Totalmente imóvel:**	**2. Bastante limitado:**	**3. Levemente limitado:**	**4. Não apresenta limitações:**
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.

NUTRIÇÃO	1. Muito pobre:	2. Provavelmente inadequado:	3. Adequado:	4. Excelente:
Padrão usual de consumo alimentar.	Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come duas porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente três porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de quatro porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) em todos os dias. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente aceita um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de quatro ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	**1. Problema:**	**2. Problema em potencial:**	**3. Nenhum problema:**	
	Requer assistência moderada à máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente, sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva à quase constante fricção.	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 na cadeira, porém ocasionalmente escorrega.	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 cadeira.	
			PONTUAÇÃO TOTAL →	

Risco	Pontuação	Risco	Pontuação
Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		

Fonte: *Copyright® Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <http://www.bradenscale.com/translations.htm>.

Medidas de prevenção, se a escala de Baden pontuar menor ou igual a 16 pontos: (Anvisa, 2013).

- Realizar avalição de risco de todos os pacientes antes e durante a internação;
- Fazer avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas;
- Uso de colchão especial ou de coxins, como colchão de espuma do tipo caixa de ovo;
- Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, por exemplo, película semipermeável, hidrocoloide extrafino, espuma de poliuretano;
- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário, com sabão neutro e água morna;
- Usar hidratantes em pele seca;
- Não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas de hiperemia (pois pode lesionar vazos);
- Manter a pele do paciente seca. Atentar para outros fatores que possam causar umidade, como extravasamento de drenos, exsudato de feridas, suor, extravasamento de linfa em pacientes com anasarca;
- Promover mudanças de decúbito a cada duas horas ou mais frequente, se necessário; o conforto do paciente deve ser considerado;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre a região trocantérica;
- Avaliar procedimentos cirúrgicos de longa duração e tomar medidas de prevenção no pré, intra e pós-operatório;

- Manter o paciente a 30º em decúbito lateral com auxílio de travesseiros e coxins;
- Efetuar mudança de decúbito com cuidado, evitando atrito;
- Elevar a cabeceira da cama no máximo em 30º;
- Avaliação nutricional;
- Proteger áreas de proeminência óssea com travesseiros;
- Colocar banquinhos nos pés do paciente, quando ele estiver sentado, caso os pés não encostem no chão, para evitar o escorregamento;
- Usar forro móvel para fazer a elevação, transferir ou executar a mudança de decúbito;
- Certificar-se de que nenhum material foi esquecido no leito do paciente;
- Avaliar a necessidade de curativos para proteger áreas de proeminências ósseas.

10.6 Úlcera Venosa

Estima-se que cerca de um por cento da população dos países industrializados vai sofrer de úlcera de membros inferiores; a maioria das úlceras será causada por problemas no sistema venoso, levando ao acúmulo de sangue nos membros inferiores. Tais lesões são também chamadas de úlceras de estase ou varicosas (O'MEARA *et al.,* 2009; SILVA *et al.,* 2012; SALOME & FERRERIA, 2018).

A insuficiência venosa crônica é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso, causada por uma incompetência valvular associada ou não à obstrução do fluxo venoso. Pode afetar o sistema venoso superficial, o sistema venoso profundo ou ambos, podendo ser resultado de um distúrbio congênito ou adquirido (KANTOR & MARGOLIS, 2007; QUEIROZ *et al.,* 2012). Essa sobrecarga venosa ocorre em razão da intensificação do fluxo sanguíneo retrógrado, que sobrecarrega o músculo da panturrilha a ponto de este não conseguir bombear quantidades maiores de sangue na tentativa de contrabalançar a insuficiência das válvulas venosas. (Figura 43) (CARMO *et al.*, 2007).

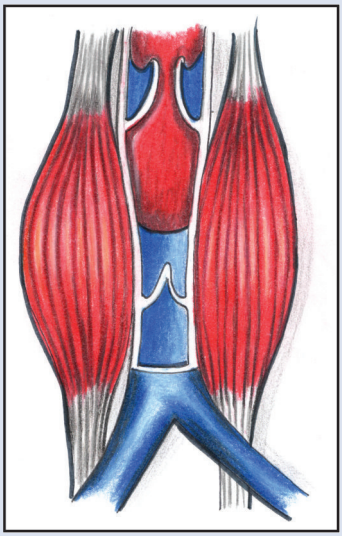


Figura 41: Insuficiência venosa crônica.

O diagnóstico clínico de úlcera venosa baseia-se na história e no exame físico. Em geral, a úlcera venosa é ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo tornar-se profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado. É raro o leito da úlcera apresentar tecido desvitalizado ou exposição de tendões (Figura 44). As úlceras podem ser únicas ou múltiplas e de tamanhos e localizações variáveis, mas em geral ocorrem na porção distal dos membros inferiores (região da "perneira"), particularmente na região do maléolo medial (Figura 45). Em algumas circunstâncias, a úlcera venosa pode ocorrer na porção superior da panturrilha e nos pés; contudo, nesses casos, outras etiologias de úlcera crônica devem ser excluídas antes de se atribuir à etiologia venosa. A pele ao redor da úlcera pode ser purpúrica e hiperpigmentada (dermatite ocre), devido a extravasamento de hemácias na derme e depósito de hemossiderina nos macrófagos (Figura 46) (VALENCIA *et al.,* 2001; ABBADE & LASTÓRIA 2006).

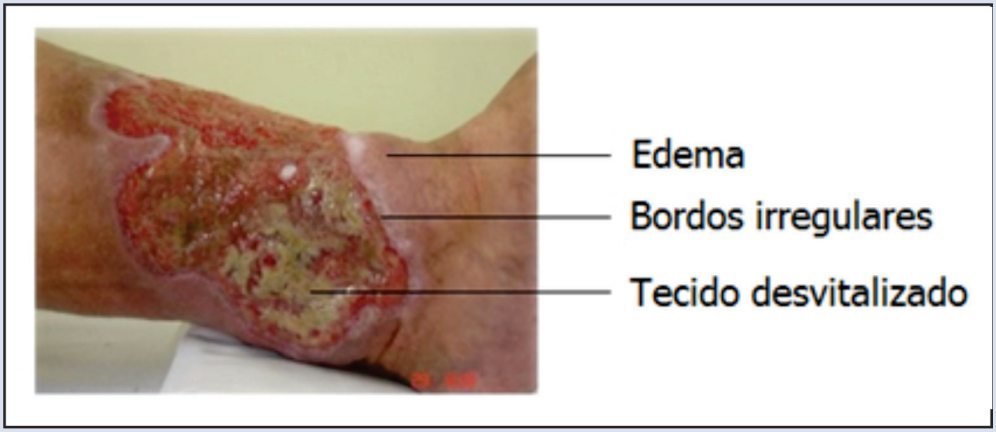


Figura 42: Ulcera venosa.



Figura 43: Terço inferior da perna maléolo medial.



Figura 44: Hiperpigmentação.

Para garantir a eficácia e a segurança do tratamento da úlcera venosa, é essencial que seja realizada a avaliação prévia do indivíduo, utilizando-se o processo de Enfermagem e exames diagnósticos e complementares, como a mensuração do Índice Tornozelo Braço (ITB) e Doppler (Figura 47), visando a identificação de comprometimento arterial que possa contraindicar a aplicação de terapia compressiva (ABBADE & LASTÓRIA, 2006; PARK *et al.,* 2008; SALOMÉ & FERREIRA, 2017).

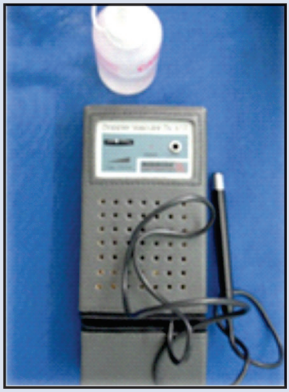


Figura 45: Doppler.

Técnica da avaliação do índice de pressão tornozelo/braço, através do Doppler manual (SALOMÉ, 2012):

1. Lavar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao doente.
3. Colocar o paciente em decúbito dorsal, em repouso por 10 minutos.
4. Palpar o pulso braquial (Figura 48).



Figura 46: Palpação do pulso braquial.

5. Aplicar gel para ultrasson.
6. Colocar a caneta do Doppler num ângulo de 45º a 60º, movendo-a lentamente até obter um som audível.
7. Insuflar a braçadeira até o sinal do Doppler desaparecer (Figura 49).



Figura 47: Braçadeira.

8. Depois, gradualmente, aliviar a válvula de pressão da braçadeira até o sinal retornar. “Este é o valor da pressão sistólica braquial”.
9. Na presença de úlcera, colocar um filme sobre a mesma (Figura 50).



Figura 48: Proteção da úlcera.

10. Colocar a braçadeira do esfigmomanômetro acima do tornozelo, logo acima dos maléolos (Figura 51).



Figura 49: Posição do esfigmomanômetro.

11. Palpar o fluxo na artéria ”Pulso pedioso tibial posterior” (Figura 52).

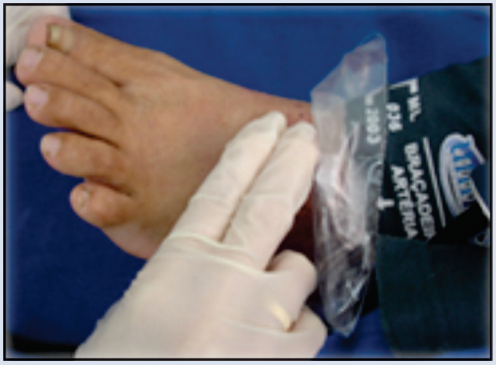


Figura 50: Pulso pedioso tibial posterior.

12. Aplicar gel para ultrasson.
13. Colocar a caneta do Doppler num ângulo de 45º a 60º, movendo lentamente a caneta até obter um som audível.



Figura 51: Posição da caneta Doppler.

14. Insuflar a braçadeira até o sinal de Doppler desaparecer.
15. Aliviar, gradualmente, a válvula de pressão da braçadeira até o sinal retornar. “Este é o valor da pressão sistólica pedioso ou tibial.”

Índice Tornozelo/Braço (ITB)

Para calcular o ITB, o profissional deverá tomar o valor mais alto da pressão sanguínea sistólica do tornozelo (Figura 53) e dividi-lo pelo valor da pressão sanguínea sistólica da artéria braquial (Figura 49).

$$\text{ITB} = \frac{\textbf{Pressão sistólica do tornozelo}}{\textbf{Pressão sistólica braquial}}$$

Resultados entre 0,8 à 1,2 a terapia compressiva é indicada.

Ao tratar pacientes com úlcera venosa, o profissional tem como objetivo: Atenuar os sintomas, controlar a dor, reduzir o edema, tratar a lipodermatoesclerose, trabalhar na cicatrização das úlceras e na prevenção de sua recorrência. O tratamento clínico oferecido ao paciente com úlcera venosa consiste na realização do curativo primário, terapia compressiva e prescrição de dieta.

Terapia Compressiva

A terapia compressiva tem como finalidade aumentar o fluxo venoso (Figura 54), que favorece o transporte de oxigênio à pele e tecido subcutâneo, diminui o edema e reduz a inflamação. A terapia compressiva pode ser realizada sob a forma de meias de compressão ou sistemas de bandagens de compressão, elásticos e inelásticos.



1) Circulação Sanguínea normal.

2) Retorno venoso comprometido.

3) Circulação reestabelecida com a compressão.

Figura 52: Efeito da terapia compressiva.

1 - Bandagem Inelástica

A terapia compressiva é um recurso de grande utilidade para os pacientes com úlcera venosa que radicam a sua origem à incompetência das veias dos membros inferiores. O sistema inelástico oferece suporte para o bombeamento muscular da região da panturrilha durante o caminhar e auxilia no retorno venoso. É indicado para pacientes com capacidade de deambulação, ampliando assim a eficiência da bomba venosa. Nesse sistema, encontramos a Bota de Unna, que pode ser manipulada ou adquirida para pronto uso (Figura 55) (BAPTISTA, 2004).



Figura 53: Bota de Unna.

A bota de Unna adapta-se aos contornos das pernas e seu custo é relativamente baixo, podendo ser preparada em farmácias hospitalares ou de manipulação. Pode ser mantida durante um período de até sete dias, desde que sejam controlados os sinais de infecção (BOLTON, 2008). Consiste em uma bandagem impregnada com pasta à base de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada.

A bota de Unna não fornece a compressão durante o repouso e não permite alcançar a pressão terapêutica recomendada, dificultando assim a cicatrização da úlcera.

Técnica de aplicação da Bota de Unna:

- Realizar a limpeza da úlcera de acordo com a rotina;
- Limpar e secar muito bem a pele ao redor;
- Escolher a cobertura primária ideal, conforme tipo de tecido e presença de exsudato (Figura 56);



Figura 54: Tipos de coberturas primárias.

- Iniciar a aplicação da bandagem pela base do pé, mantendo o pé e o calcâneo em ângulo reto. A bota de Unna deverá envolver o pé e a perna, sem apertar e sem deixar aberturas ou enrugamentos (Figuras 57).



Figura 55: Técnica de aplicação da bota de Unna.

2 - Bandagem Elástica

As bandagens de sistema elástico propiciam a compressão contínua do membro. Elas estão classificadas em sistema de bandagem compressiva (ataduras elásticas) e sistema de bandagem compressiva de múltiplas camadas (MOFFATT & FRANK, 2004).

O sistema de bandagem compressiva (atadura elástica) é feito de fibras elásticas e fornece uma compressão que se mantém ao longo de um determinado período de tempo. Isso significa que a compressão é exercida durante o exercício e o repouso. As ataduras elásticas têm maior estiramento e causam alta pressão, tanto em momentos de contração muscular, quanto nos de repouso (SALOMÉ, 2008; ESPIRITO, 2013; LIMA *et al.,* 2013).

2.1 - Técnica de aplicação de faixas elásticas:

- Realizar o método de ITB para determinar se o paciente possui doença arterial;

Na presença de doença arterial, a terapia compressiva não poderá ser aplicada.

- Determinar a circunferência do tornozelo (Figura 58). Se a circunferência do tornozelo medir entre 18 e 26 cm, a dimensão da perna é considerada normal. Se a circunferência do tornozelo medir mais de 26 cm, dimensão da perna é considerada grande;



Figura 56: Circunferência do tornozelo.

- Escolher a cobertura primária ideal, conforme tipo de tecido e presença de exsudato (Figura 56);
- Iniciar a aplicação da bandagem pela base do pé, mantendo o pé e o calcâneo em ângulo reto. A bandagem deverá envolver o pé e a perna (Figuras 59).



Figura 57: Aplicação da atadura elástica.

As faixas elásticas são indicadas para uso durante o dia e devem ser retiradas para dormir e podem ser lavadas até 20 vezes, utilizando apenas sabão neutro e secando naturalmente, sem torcer.

2.2 - Sistema de bandagem compressiva de múltiplas camadas:

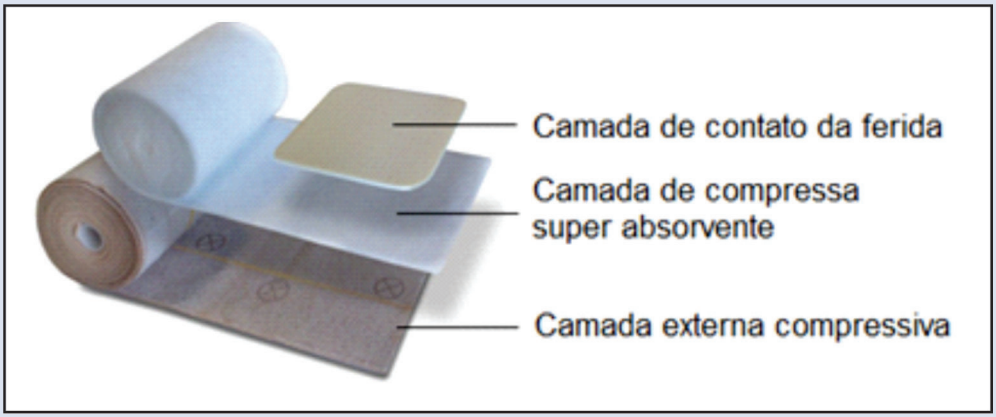


Figura 58: Bandagem compressiva de múltiplas camadas:

Técnica de aplicação da bandagem compressiva de múltiplas camadas:

- Realizar o método de ITB para determinar se o paciente possui doença arterial;

Na presença de doença arterial, a terapia compressiva não poderá ser aplicada.

- Determinar a circunferência do tornozelo (Figura 58);
- Escolher a cobertura primária ideal, conforme tipo de tecido e presença de exsudato (Figura 56);
- Selecionar o kit correto para cada circunferência de tornozelo;
- Aplicar a camada de compressa super absorvente (figura 61);



Figura 59: Aplicação de compressa super absorvente.

- Aplicar a atadura elástica sobre a camada de compressa super absorvente (figura 62);



Figura 60: Aplicação da atadura elástica.

10.7 Cobertura Utilizada no Tratamento de Ferida

A pele é o maior órgão do corpo, fornece proteção, atua como barreira química e mecânica, é órgão sensorial vital para a percepção de pressão, dor e temperatura, participando da termorregulação, excreta água e eletrólitos e sintetiza vitamina D. É composta por duas camadas que se encontram firmemente aderidas uma a outra, a epiderme e a derme, que se sobrepõem ao tecido subcutâneo (Figura 63-) (GARTNER &HIATT, 2003; TAYAR *et al.,* 2007).

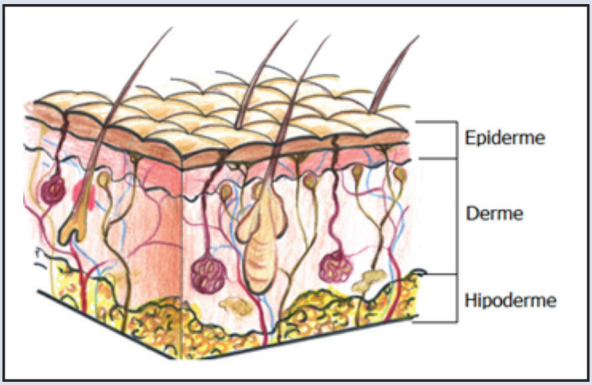


Figura 61: Camadas da pele

As feridas são perda da solução de continuidade do tegumento, são representadas pela ruptura da pele, do tecido celular subcutâneo e de alguns músculos (SMANIOTTO *et al.,* 2010). O processo de cicatrização de uma ferida pode ocorrer por primeira e segunda intenção.

A cicatrização por primeira intenção ocorre quando há perda de tecido e quando as bordas da pele estão próximas ou passíveis de ajuste por sutura. Na cicatrização por segunda intenção, ocorre perda acentuada do tecido e não há possibilidade de fechamento das bordas da pele, necessitando da utilização de curativos que promovam a limpeza da lesão e mantenham o meio úmido no leito da ferida. (SMANIOTTO *et al.,* 2010; CARRASCO *et al.,* 2017).

As coberturas primárias entram em contato direto com o leito da ferida. Elas têm como função absorver seu exsudato, facilitando o fluxo livre das drenagens; preservar o ambiente úmido; não aderir à ferida e proporcionar impermeabilidade às bactérias (Figura 64). As secundárias servem para fixar as coberturas primárias e a sua função é absorver o excesso de drenagem na lesão e proporcionar proteção e compressão (Figura 65). A cobertura mista possui duas camadas: primária e secundária, as quais estão em contato com a ferida e com o ambiente externo (Figura 66) (CARRASCO *et al.,* 2017).

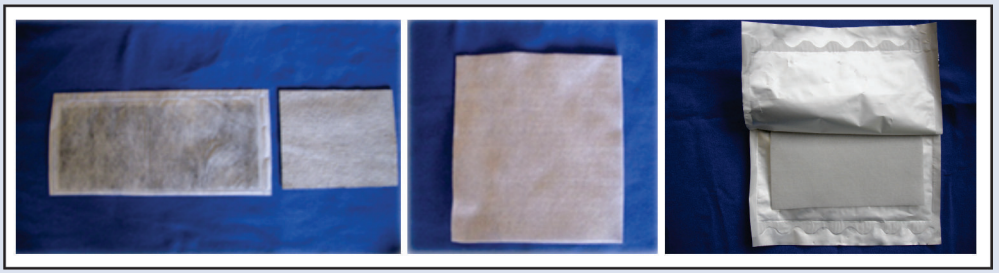


Figura 62: Cobertura primária.



Figura 63: Cobertura secundária.

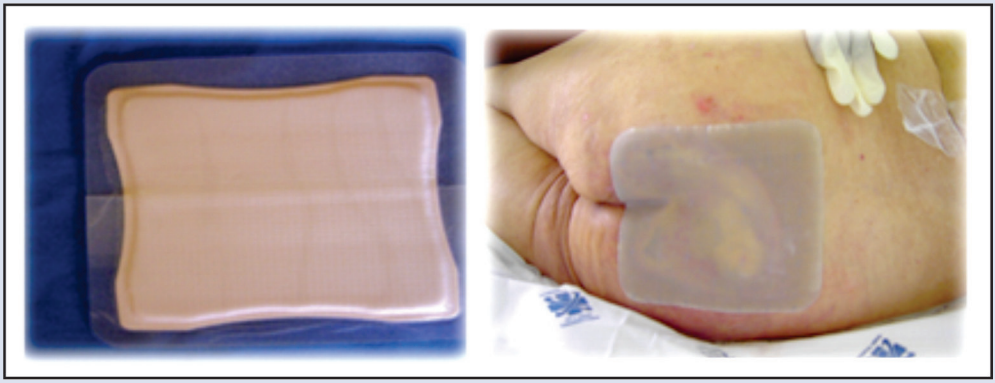


Figura 64: Cobertura mista.

O curativo ideal deve promover a limpeza da lesão, proteção, absorção e drenagem de exsudato, com intuito de melhorar as condições do leito dessa ferida. Os curativos podem ser, em algumas ocasiões, o próprio tratamento definitivo e em outras, apenas uma etapa intermediária para o tratamento cirúrgico (SMANIOTTO *et al.,* 2010).

Na escolha da cobertura adequada para a promoção da cicatrização de ferida, o profissional deve ter um conhecimento da fisiologia, anatomia e bioquímica da reparação tecidual, que lhe possibilite eliminar os fatores negativos que possam retardar a cicatrização, promovendo a reparação do tecido (MANDELBAUM *et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Os itens que devem ser avaliados ao escolher uma cobertura são (MANDELBAUM *et al.,* 2003):

- Ter cobertura de fácil remoção;
- Proporcionar conforto para o paciente;
- Não exigir trocas frequentes;
- Ter bom custo/benefício;
- Manter o leito da ferida com umidade ideal e as áreas periféricas secas e protegidas;
- Ser de fácil aplicação;
- Prevenir a desidratação do tecido que leva à morte celular;
- Estimular a epitelização e a formação do tecido de granulação;
- Facilitar a remoção de tecido necrótico e esfacelo;

- Ser absorvente;
- Servir como barreira protetora contra microrganismo;
- Promover a diminuição da dor;
- Evitar traumas na troca do curativo;

Ácidos Graxos Essenciais óleo (AGE)

Ácidos Graxos Essenciais são óleos vegetais compostos por ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E e lecitina de soja (Figura 67). Promovem a quimiotaxia e a angiogênese, mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação tecidual. A aplicação em pele íntegra tem grande absorção, forma uma película protetora na pele, previne escoriações devido à alta capacidade de hidratação e proporcionam nutrição celular local. Sua indicação é para feridas abertas superficiais com ou sem infecção (MANDELBAUM *et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Modo de usar:

- Remover o exsudato e o tecido desvitalizado;
- Espalhar o AGE no leito da ferida ou embeber gazes estéreis de contato o suficiente para manter o leito da ferida úmido até a próxima troca.
- Ocluir a lesão com cobertura secundária de gaze estéril e fixa-la;
- Trocar o curativo secundário sempre que estiver saturado do exsudato. A troca do curativo primário deve ser feita, no máximo, a cada 24 horas.



Figura 65: Ácidos Graxos Essenciais óleo.

Curativo com Hidrogel

É composto por gel transparente e incolor, tendo os seguintes componentes: Água (77,7%), carboximetilcelulose - CMC (2,3%) e propilenoglicol - PPG (20%) (Figura 68).

O Hidrogel tem como ação, remover o tecido desvitalizado por meio de desbridamento autolítico. A água mantém o meio úmido. O CMC facilita a reidratação celular e o desbridamento. O PPG estimula a liberação de exsudato. O Hidrogel é indicado no tratamento de feridas superficiais moderadas ou com baixa exsudação. Ele remove as crostas, fibrinas, tecidos desvitalizados ou necrosados (CARRASCO *et al.,* 2017).

Modo de usar:

- Lavar o leito da ferida;
- Espalhar o curativo ou introduzi-lo na cavidade assepticamente;
- Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril;
- Executar a cada um a três dias, dependendo da quantidade de exsudato.



Figura 66: Hidrogel.

Curativo com Alginato de Cálcio

É uma cobertura estéril, absorvente composta por fibras de puro alginato de cálcio derivado de algas marinhas(Figura 69). O sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato. A troca iônica auxilia no desbridamento autolítico. Tem alta capacidade de absorção, resulta na formação de um gel que mantém o meio úmido para a cicatrização e induz a hemostasia (MANDELBAUM *et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Modo de usar:

- Remover exsudato e o tecido desvitalizado;
- Modelar o alginato no interior da ferida, umedecendo a fibra com solução fisiológica;
- Não deixar que a fibra de alginato ultrapasse a borda da ferida;
- Ocluir a ferida com cobertura secundária estéril;
- Periodicidade de troca:
- 24 horas para feridas infectadas;
- 48 horas para feridas limpas com sangramento;
- Quando saturar para feridas limpas ou exsudação intensa.



Figura 67: Curativo com Alginato de Cálcio.

Curativo com Carvão Ativado

É um curativo primário e/ou secundário composto de tecido carbonizado e impregnado com nitrato de prata a 0,15%, envolto por camada de tecido sem carvão ativado (Figura 70). O carvão ativado absorve o exsudato e filtra o odor. A prata exerce ação bactericida. É indicado no tratamento de feridas fétidas, infectadas e exsudativas. Tem contraindicação nas feridas limpas e lesões de queimaduras (MANDELBAUM *et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Modo de usar:

- Remover o exsudato e o tecido desvitalizado;
- Colocar o curativo com carvão ativado sobre a ferida
- Oclui a ferida com cobertura secundária estéril;
- Trocar entre 1 e 4 dias, dependendo da quantidade de exsudação.

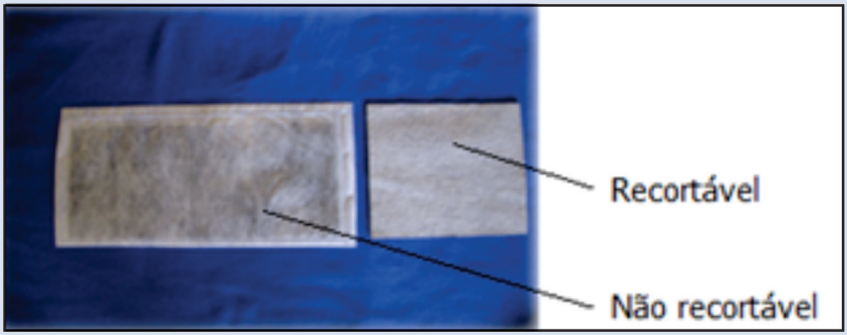


Figura 68: Curativo com Carvão Ativado

Curativo Adesivo de Hidropolímero

É composto de almofada de espuma formada por camadas sobrepostas de não tecido e hidropolímero e revestida por poliuretano (Figura 71). Este curativo proporciona um ambiente úmido e estimula o desbridamento autolítico. Absorve o exsudato e expande-se à medida que a absorção se faz. É indicado em: feridas abertas não infectadas com leve a moderada exsudação e tem contraindicação em: feridas infectadas ou com tecidos necrosados (MANDELBAUM*et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014; SALOMÉ & FERREIRA, 2018).

Modo de usar:

- Posicionar o curativo sobre o local de modo que a almofada de espuma cubra a ferida e a parte central lisa fique sobre ela;
- Trocar o curativo sempre que houver presença de fluido nas bordas da almofada de espuma ou, no máximo, a cada sete dias.

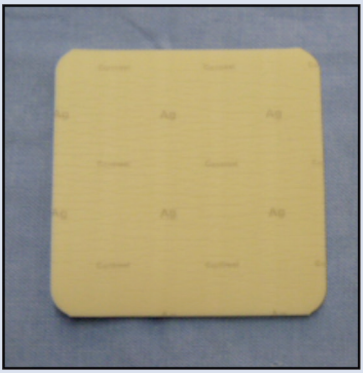


Figura 69: Curativo Adesivo de Hidropolímero.

Curativo com Sulfadiazina de Prata

O íon prata causa a precipitação de proteínas e age diretamente na membrana citoplasmática da célula bacteriana, exercendo ação bactericida imediata e ação bacteriostática residual, pela liberação de pequenas quantidades de prata iônica. É indicado em: feridas causadas por queimaduras ou que necessitem de ação antibacteriana e tem contraindicação nos casos de hipersensibilidade a sulfas (MANDELBAUM*et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Modo de usar:

- Remover o excesso de pomada e tecido desvitalizado;
- Lavar a ferida;
- Aplicar o creme, assepticamente, em toda a extensão da lesão (5 mm de espessura);
- Colocar gaze de contato úmida;
- Cobrir com curativo estéril;
- Trocar o curativo em no máximo a cada 12 horas ou quando a cobertura secundária estiver saturada.

Obs.: No momento da troca, a pomada pode apresentar aspecto purulento devido a sua oxidação sem, contudo, configurar infecção real.

Curativo com Hidrocoloides

É um curativo formado por uma camada externa de espuma de poliuretano e outra interna, composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica. Indicado para feridas abertas não infectadas, com leve à moderada exsudação. Prevenção ou tratamento de úlceras por pressão não infectadas e é contraindicado para feridas colonizadas ou infectadas. Feridas com tecido desvitalizado ou necrose e queimaduras de 3º grau (MANDELBAUM *et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Mecanismo de ação: estimula a angiogênese e o desbridamento autolítico. Acelera o processo de granulação tecidual.

Modo de usar:

- Lavar a ferida;
- Escolher o hidrocoloide com diâmetro que ultrapasse a borda da ferida pelo menos 3 cm;
- Trocar o curativo a de um a sete dias, dependendo da quantidade de exsudação.

Hidrofibra com prata

É composto por fibras de carboximetilcelulose sódica. Em contato com a ferida, forma um gel macio que interage com o exsudato da ferida, mantendo o meio úmido ideal para sua cicatrização e desbridamento autolítico e ainda exerce ação bactericida . Tem como indicações queimaduras de segundo grau, feridas infectadas, com odor, exsudativas. (MANDELBAUM *et al.,* 2003; GONÇALVES *et al.,* 2014).

Compressa com emulsão de petrolatum

curativo com emulsão de petrolatum (Figura 72) tem com indicação para tratar lesões de qualquer etiologia, secas ou com pouco exsudativas, limpas, escoriações, com presença de tecido de viável ou não e outros tipos de feridas em que se deve evitar a aderência do curativo (FRANCO *et al,* 2000 & SMANIOTTO *et al,* 2012).

Tem como benefícios: a redução de dor e traumas durante trocas; permite a respirabilidade da área lesionada e o fluxo para o curativo secundário, diminuindo o risco de maceração da pele; pode ser recortado para atender diferentes tamanhos de feridas sem provocar o desprendimento de frfilamentos e mantém a umidade no leito da lesão acelerando o processo de cicatrização (FRANCO *et al,* 2000 & SMANIOTTO *et al,* 2012).

Como Usar:

- Irrigar bem a lesão com solução fisiológica a 0,9%, água potável, ou conforme protocolo da instituição;
- Remover o excesso de exsudato e tecidos inviáveis, quando necessário;
- Limpar a pele ao redor e secar bem;
- Escolher o tamanho (apresentação) da compressa que melhor se adapte ao tamanho da ferida. A cobertura também pode ser aplicada dobrada ou cortada para se adequar à necessidade da ferida.;
- Ocluir com uma cobertura secundária estéril e fixar;
- Trocar o curativo sempre que for observada a diminuição de sua característica não aderente;
- O profissional da saúde indicará a frequência adequada das trocas do curativo.

Contra Indicação:

- Não deve ser utilizado em pacientes com conhecida sensibilidade ao produto ou a algum de seus componentes.
- Além disso, seu uso não é indicado para pacientes que estejam recebendo tratamento por câmara hiperbárica.

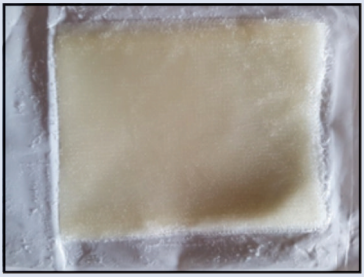


Figura 70: Curativo com Emulsão de Petrolatum.

Referências

Adaptação World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009. P. 72-77.

Alves LAF, Santana RF, Cardozo AS, Souza TMS, Silva CFR. Dermatite Associada à Incontinência e o Uso Não Padronizado de Fraldas Geriátricas: Revisão Sistemática. Rev. Estima. 2016; 14(4): 203-13

Alves VC, Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e 2986.

Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(spe): e68778.

Amaral AFS, Pulido kCS, Santos VLCG. Prevalência de lesões por Fricção em Pacientes Hospitalizados com Câncer. Rev. Escola Enfermagem USP. 2012;46 (Esp): 44-50.

Baixinho CL, Dixe MA. Práticas das equipas na prevenção de queda nos idosos institucionalizados: construção e validação de escala. Rev. Texto Contexto Enferm., 2017; 26(3):e2310016.

Baptista CM. Bota de Unna Rev Estima. 2004;2(2):39-40.

Baranoski S, LeBlanc K, Gloeckner M. Preventing, Assessing, and Managing Skin Tears: A Clinical Review. Am J Nurs. 2016 ;116(11):24-30.

Brandão ACMAG; Gambin CC; Majado CA; Kunitake N; Alexandre NMC. Adaptation of “Perineal Assessment Tool” for Brazilian cultur. Estima, Braz. J. Enterostomal Ther. 2018; 16(1): e 0618.

Barbosa SM, Torres CA, Gubert FA, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. Rev. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):132-36.

Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL, Machado BD, Sanches EB. Incidence of phlebitis in adult patients. Rev Enferm UFPE on line.2018; 12(3):745-52.

Beeson T, Eifrid B, Pike CA, Pittman J. Do Intra-anal Bowel Management Devices Reduce Incontinence-Associated Dermatitis and/or Pressure Injuries? J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(6):583-88.

Belela-Anacleto, Aline Santa Cruz et al. Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. Rev. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(4):901-908.

Benbow M. Assessment, prevention and management of skin tears. Nurs Older People. 2017 Apr 28;29(4):31-39.

Bolton L. Compression in Venous Ulcer Management. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008;35(1):40-9

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério da Saúde/ ANVISA. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.[internet] [Acesso em 2018, abr, 15]
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas: - Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.[internet] [Acesso em 2018, abr, 14] Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-de-implementacao-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: - Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.[internet] [Acesso em 2018, abr, 14] Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%AAncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes: - Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017. [internet] [Acesso em 2018, mar, 26] Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.[internet] [Acesso em 2018, abr, 13] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC nº º 42, de 25 de outubro de 2010.[internet] [Acesso em 2018, abr, 15] Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0042_25_10_2010.pdf/942e06e7-a3fb-4f23-8c91-f795d0f7cc7d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.[internet] [Acesso em 2018, abr, 13] Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática: - Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.[internet] [Acesso em 2018, mar, 26] Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%AAncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573

BRASIL. Ministério da Saúde /Anvisa/ Fiocruz. Anexo 01: PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE*. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente: - Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.[internet] [Acesso em 2018, mar, 26] Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higiene-das-maos

BRASIl. Ministério da Saúde /Anvisa/ Fiocruz. Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS*. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente: - Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz , 2013. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas. Acesso em 26/03/2018

BRASIL. Ministério da Saúde Anexo/Anvisa/ Fiocruz. Anexo 02: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE*. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente: - Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz , 2013.[internet] [Acesso em 2018, mar, 26] Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do

BRASIL. Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz. Anexo 03: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS* Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente: - Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz , 2013. [internet] [Acesso em 2018, mar, 26] Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

Buzatto LL, Massa GP, Peterlini MAS, Whitaker IY. Fatores relacionados à flebite em idosos com infusão intravenosa de amiodarona. Rev. Acta Paul. Enferm.2016; 29(3):260-66.

Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 506-17. Available from: URL:http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a17.htm

Carrasco DM, Novell XF, Fauste SP, Gbert MA. Apósitos para úlceras. Cirurgía española. 2017; 32(5):305-09.

Cervo AS, Magnago TSBS, Carollo JB, Chagas BP, Oliveira AS, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. Rev Gaúcha Enferm. 2014;35(2):53-9.

Chianca TCM, Gonçales PC, Sal¬gado PO, Machado BO, Amorim GL, Alcoforado CLGC. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e 68075.

Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Manual de Cirurgia Segura – do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2014. Disponível em: https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Manual-Cirurgia-Segura.pdf. Acesso em 14/04/2018.

Cortes SMS. O Tratamento de Ferida: Um Artigo de Revisão. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. 2013;(1): 55-4

Cunha CV, Ferreira D, Nascimento D, Felix F, Cunha P, Penna LHG. Dermatite Associada à Incontinência em Idosos: Caracterização, Prevenção e Tratamento. Rev. Estima. 2016;15(4): 203-13,

Dealey C, Chambers T, Beldon P, Benbow M, Fletcher J, Fumarola S, et al. Achieving consensus in pressure ulcer reporting. J Tissue Viability.2012;21(3):72-3.

Duarte SCM, Stipp MAC, Marcelle M, Oliveira FT. **Adverse events and safety in nursing care.** Rev. Bras. Enferm. [online]. 2015, vol.68, n.1, pp.144-54.

Espírito S, Patrícia F, et al. Use of the Pressure Ulcer Scale for Healing tool to evaluate the healing of chronic leg ulcers. Rev. Bras. Cir. Plást.2013;28(1):133-41.

Felix LG, Soares MJGO, Nóbrega MML. Protocolo de assistência de enfermagem ao paciente em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica. Rev Bras Enferm, Brasília 2012; 65(1): 83-1.

Franco JN, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Brasília Bras Enferm. 2010; 63(6): 927-32.

Franco T, Branco PS, Franco D, Gonçalves LF, Borojevic R. Enxerto Autólogo de Epiderme Cultivada. Rev. Bras. Cir. Plást.2000;15(2):63-78.

Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun JA, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Dermatite Associada à Incontinência, um consenso sobre o tema. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34(1): 45-4.

Gray M, Giuliano KK. Incontinence-Associated Dermatitis and Immobility as Pressure Injury Risk Factors.J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;00(0):1-5.

Gray M, Giuliano KK. Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relationship to Pressure Injury.J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018;45(1):63-7.

Geovanini T. Tratado de feridas e curativos: Enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel; 2014.

Gomes APTS, Querido DL, Silva GRG, Almeida LF, Rocha RG. Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura. Cogitare Enferm. 2017; (22)3: e49501,

Gonçalves VMBB, Rabeh SAN, Nogueira PC. Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências. Rev Estima. 2014; 12(1): 42-9.

Gurgel SS, Ferreira MKM, Sandoval LJS, Araújo PR, Galvão MTG, Lima FET. Nursing competences in the prevention of falls in children in light of the galway consensus. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(4):e03140016.

Henriques AHB, Costa SS, Lacerda JS. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão integrativa. Rev. Cogitare enfermagem. 2016; 21(4):1-9.

Hemesath MP, Dos Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. Rev. Gaúcha Enferm. 2015;36(4):43-8.

Hoffmeister LV, Moura GMSS. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital.Rev. Latino-Am. Enfermagem 2015;23(1):36-3.

Ikeda I, Igata T, Ihn H. First Aid for Skin Tears by Mini Patch Grafting from the Flap Edge.J Emerg Med. 2018; (17)31183-6.

Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.

Kolankiewicz ACB, Loro MM, Schmidt CR, Santos FP, Bandeira VAC, Magnago TSBS. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. Acta Paul. Enferm.2017; 30(5):531-37.

Kon Y, Ichikawa-Shigeta Y, Iuchi T, Nakajima Y, Nakagami G, Tabata K, Sanada H, Sugama J. Effects of a skin barrier cream on the management of incontinence-associated dermatitis in older women: a randomized controlled cluster. Journal of Ostomy wound & continence nursing. 2017; 44 (5): 481-86.

LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D. The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. Adv Skin Wound Care, 2016; 29(1):32-6.

Lima EL, Salomé GM, Rocha MJAB, Ferreira LM. The impacto f compression therapy with unna boot on the functional status of VLU. J Wound Care. 2013;22(10):558-61.

Lourenção DCA, Tronchin DMR. **Patient safety in the surgical environment: translation and cross-cultural adaptation of validated instrument.** Rev. Acta Paul. Enferm. 2016;29(1): 1-8.

Luciano NNF, Nascimento BB do, Nunes EM et al. Adherence to hand hygienize by health professionals in an intensive care unit. J Nurs UFPE on line.2017; 11(10):3764-70.

Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013;21(nesp):146-54.

Mandelbaum SH, Di Santis EP, Mandelbaum MHSA. Cicatrization: current concepts and auxiliary resources Part II. An Bras Dermatol.2003; 78(5):525-42.

Marconato RS, Monteiro MI. Risk classification priorities in an emergency unit and outcomes of the service provided. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2974.

Martins T, Amante LN, Virtuoso JF, Girondi JBR, Nascimento ERP, Nascimento KC. Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. Rev. Acta Paul. Enferm.2017;30(1):16-4.

Martinez J, Roseira CE, Figueiredo RM, Passos IPBD. Higienização das mãos: conhecimento dos estudantes . Ciênc Cuid Saúde 2014; 13(3):455-63.

Massahud Junior MR, Salomé GM, Ferreira LM. Low intensity laser and microcorrent in scratching of skin wounds in rats. J Nurs UFPE on line.2017; 11(Suppl. 9):3567-73.

McInulty L1.Prevention and management of skin tears in older people. Emerg Nurse. 2017 Jun 15;25(3):32-9.

Miranda AL, Oliveira ALL, Nacer DT, Aguiar CAM. Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e 2004.

Moffatt CJ, Franks PJ. Epidemiology and Health Services Research. Implementation of a leg ulcer strategy. Br J Dermatol. 2004;151(4): 857-67.

Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national Pressure ulcer advisory panel.Enferm. Cent. O. Min. 2016; 6(2): 2292-06.

Moura SRB, Junior MASSM, Oliveira TA de et al. Factors associated with the fall of elderly which may result in femoral fracture. J Enferm UFPE on line.2016; 10(Supl. 2):720-26.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016; Disponível em: http://www.npuap.org/about-us/

Nogueira JWS, Jesus CAC. Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 [acesso em 2018, fev, 20]; p.19 a 46. Disponível em: http://doi.org/10.5216/ree.v19.41480.

Oliveira AC, Paula AO. Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão. Ciênc Cuid Saúde 2014; 13(1): 185-90.

Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. Rev. Acta Paul. Enferm., 2011; 24(3): 407-13.

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206.

Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Revista de Enfermagem da USP, 2010.[internet] [Acesso em 2017, jul, 08] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a19v44n1.pdf

Paula DG, Pinto FF, Silva RFA, Paula VG. Estratégias de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. 2017; 7(2):1-9.

Pena MM, Melleiro MM. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. J Enferm UFPE on line.2017; 11(Supl. 12):5297-304.

PEDREIRA, M. da L.G; HARADA, M. de J.C.S. org Enfermagem dia a dia: Segurança do paciente. Yendis, 2009.

Pires AOM, Ferreira MBG, Nascimento KG, Felix MMS, Pires PS, Barbosa MH. Elaboration and Validation of the Medication Prescription Safety Checklist. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25: e 2921.

Powell RJ, Hayward CJ, Snelgrove CL, Polverino K, Park L, Chauhan R, Evans PH, Byford R, Charman C, Foy CJW, et al. Pilot parallel randomised controlled trial of protective socks against usual care to reduce skin tears in high risk people: 'STOPCUTS'. Pilot Feasibility Stud. 2017; 3:43.

Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010; 55(2): 67-70.

Raimondi DC, Bernal SCZ, Souza VS, Oliveira JLC, Matsuda LM. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. Rev Cuid. 2017; 8(3): 1839-48.

Rangel EML, Caliri MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 16];11(1):70-7. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a09.htm

Rodrigues C, Silva D. Limpeza de Feridas: Técnicas e Soluções. JOURNAL OF TISSUE REGENERATION & HEALING | 25 - 31 | APTFeridas | 2012.

Roscani AN, Ferraz EM, Oliveira Filho AG, Freitas MI. Validação de *checklist* cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. Acta Paul. Enferm.2015;28(6):553-65.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.

Sakai AM, Rossaneis MÂ, Haddad MCFL, Vituri DW. Risk of bed falls in adult patients and prevention measures. J Enferm UFPE on line.2016;10(Supl. 6):4720-6.

Salomé GM. Identificação do índice tornozelo/braço em pacientes com úlcera de perna. Saúde Coletiva. 2012;9(58): 118-22.

Salomé GM. Relato de caso: tratamento de úlcera venosa com hidrocoloide e Terapia compressiva. Rev Estima. 2008;6(2): 37-9.

Salomé GM; Ferreira LM. Impact of non-adherent Ibuprofen foam dressing in the lives of patients with venous ulcers. Rev. Col. Bras. Cir. 2017;44(2):116-24.

Salomé GM, Ferreriara LM. The impact of decongestive physical therapy and elastic bandaging on the control of pain in patients with venous ulcers. Rev Col Bras Cir. 2018; 45(2) :e1385.

Santos E, Queirós P, Cardoso D, Cunha M, Apóstolo J. A Eficácia de Soluções de Limpeza para o Tratamento de Feridas: uma revisão Sistemática. Revista de Enfermagem Referência. Série IV n°8-abr./mai./jun. 2016-133-44.

Santos ÉI. Cuidados e Prevenção das Skin Tears por Enfermeiros: Revisão Integrativa de literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(2):142-49.

Santos EJF & Silva MANCGMM. Tratamento de feridas colonizadas/infetadas com utilização de polihexanida. Revista de Enfermagem Referência. 2011; 3(4):135-42.

Santos ICRV, Oliveira RC, Silva MA. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1): 184-92.

Santos VLCG. Alguns aspectos do tratamento de feridas no domicílio. In: Manual de Enfermagem São Paulo. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001. p.

Serra R, Ielapi N, Barbetta A, de Franciscis S. Skin tears and risk factors assessment: a systematic review on evidence-based medicine. Int Wound J. 2018;15(1):38-2.

Silva VD, Caetano JA, Silva LA, Freitas MMC, Almeida PC, Rodrigues JLN. Avaliação da higienização das mãos de acadêmicos de Enfermagem e Medicina. Rev Rene. 2017; 18(2):257-63.

Silva EF, de Faveri F, Lorenzini E. Errores de medicación en el ejercicio de la enfermaría: la revisión integrativa. Enfermería Global. 2014; 13(34): 330-37.

Silveira IR, Maia FOM, Gnatta JR, Lacerda RA. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. Rev Acta Paul Enferm. 2010;23(5):697-700.

Smaniotto PHS, Galli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas - curativos. Rev Med (São Paulo). 2010 jul.-dez.;89(3/4): 137-41.

Smaniotto PHS, Ferreira MC, Isaac C, Galli R. Systematization of dressings for clinical treatment of wounds .Rev Bras Cir Plást. 2012;27(4):623-6.

Souza AF, Guimarães AC, Ferreira E. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev Min Enferm. 2013; 17(1): 177-85.

Stina APN, Zamarioli CM, Carvalho EC. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. Rev Esc Anna Nery. 2015;19(2):220-25.

Strazzieri-Pulido KC, Santos VLCG. What We Should Know About Skin Tears. Rev Estima, 2010; 8(3):34-41.

Strazzieri-Pulido KC, Santos VLCG, Carville K. Adaptação cultural, validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do "STAR Skin Tear Classification System". Rev Latino-Am. Enfermagem, 2015; 23(1):155-61.

Strazzieri-Pulido KC, Peres GR, Campanili TC, de Gouveia Santos VL.Incidence of Skin Tears and Risk Factors: A Systematic Literature Review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(1):29-33.

Tayar G, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Proposta de um Algoritmo para Seleção de Coberturas, Segundo o Tipo de Lesão Aberta em Crianças. Rev. Acta Paulista de Enfermagem 2007;20 (3): 284-90.

Vanzi V, Toma E. How to prevent and avoid common mistakes in skin tear management in the home setting. Br J Community Nurs. 2017 ;22(Sup9):S14-9.

