

# 24/02/2014 – PROTOCOLO DE SEGURANÇA, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

## 1. Finalidade

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

## 2. Justificativa

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

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos. Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde.

Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.. Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (highalert medications), que possuem maior potencial de provocar dano no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção. Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas. A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente. Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

3. Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação). O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

4. Definições (vide Apêndice)

5. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

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

Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de

tratamento. Geralmente possui dose única;

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser

administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente,

considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início

do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia

antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento,  
sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio

ambulatorial; e

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente,  
em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às  
situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou  
proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde.

Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela  
indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

## 5.1 Intervenções

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

#### a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve

conter, no mínimo, as seguintes informações:

Nome completo do paciente;

endereço; e

data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em

formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

nome do hospital;

nome completo do paciente;

número do prontuário ou registro do atendimento;

leito;

serviço;

enfermaria/apartamento; e

andar/ala.

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

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

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

b) Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação.

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

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

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à

mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor.

A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

#### e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação

entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais,

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

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

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

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde

não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da

informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel

já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e

segurança da prescrição.

É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem

ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada,

pré-digitada e eletrônica).

f) Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação<sup>23-25</sup>.

Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar,

formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a

adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde. Essa lista não deve

conter abreviatura de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de

fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO<sub>4</sub> e outras) e nomes abreviados de

medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros).

As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”,

respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à

administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita<sup>24-26</sup>. Desta

maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”,

escrevendo a palavra

“unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o

uso de “EV” (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de

erro de interpretação do “IV” como “IM”, sobretudo quando associado a pouca

legibilidade da prescrição.

g) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum

brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à

denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum

Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica

acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a

fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos

utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de

ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão

“ensaio clínico”.

h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de

uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do

nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos

de nomes semelhantes:

DOPamina e DOBUTamina;

ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA;

VimBLASTina e VinCRISTina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do

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

#### i) Expressão de doses

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

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

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo:

2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e

clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” seja interpretada como

“25 mL”. Não utilize “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro.

Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da

vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na

dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever “500mg” em vez de “0,5g”, pois a

prescrição de “0,5g” pode ser confundida com “5g”.

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

#### a) Alergias

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

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

#### b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa.

É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

#### c) Padronização de medicamentos

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação,

contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos.

Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

#### d) Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para

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

#### 5.1.3 Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação. Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico.

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

#### 5.1.4 Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir:  
Dose;

posologia;

dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de

6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas

(quatro comprimidos de 500mg).

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

a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita

observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente.

Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de

doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de

administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão

do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em

neuro eixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente

(tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera

impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois

em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação

farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal

como a “síndrome do homem vermelho”, que ocorre com a infusão

rápida de  
vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

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

5.1.6 Modificação da prescrição atual ou vigente

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

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

Acarretar erro na dispensação; e

Aumentar o risco de erro de administração.

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

5.1.7 Prescrições verbais

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

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

#### 5.1.8 Pontos de transição do paciente

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados

quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos

(conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses

duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por

cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de

medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição

do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo

fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes

unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do

usuário. Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico

do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a

conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma

instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações

devem ser realizadas:

Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado

(transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente.

O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico

medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante:

– Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois,

frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de

medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os

medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a

omissão ou duplicidade de dose.

– Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá

receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e

as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo

recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso

seguro e racional dos medicamentos prescritos.

5.1.9 Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de

alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos

potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de

medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses

máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos

potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes,

opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio

injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição

e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

Obs: Para o acesso à lista completa de medicamentos potencialmente perigosos ou

de alta vigilância de uso hospitalar e ambulatorial, recomenda-se o acesso no sítio

eletrônico e endereço eletrônico abaixo:

site: [www.ismp-brasil.org](http://www.ismp-brasil.org)

link: [www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos potencialmente perigosos.php](http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php)

5.1.10 Suporte eletrônico para prescrição

Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de

medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância

e/ou com índice terapêutico estreito;

Interações medicamentosas clinicamente significativas;

Alergias;

Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

Importante:

-Prescrições pré-digitadas podem aumentar a segurança no uso de

medicamentos e devem ser adotadas quando possível.

-Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas

podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar “0” em “8”, aumentando, assim, a possibilidade de erros.

– Quando se implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digitadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema.

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

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

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

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

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção

deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros.

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

Fonte: ministério da Saúde

---

## **24/02/2014 – PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

### 1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

### 2. Justificativa

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

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

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236

incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

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

Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência.

Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções

significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

### 3. Abrangência

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

### 4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

#### 4.1. Identificar os pacientes

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

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

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

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

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

invasivos.

## 5. Procedimento operacional

### 5.1. Identificar o paciente

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

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

**CASOS ESPECIAIS:** O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

#### 5.1.1. Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação.

Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes,

levando em consideração situações, tais como:

edemas,

amputações,

presença de dispositivos vasculares,

entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como:

nome completo do paciente,

nome completo da mãe do paciente,

data de nascimento do paciente

número de prontuário do paciente.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não

houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o

número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve:

Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e

detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e

outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e

Não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital.

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

Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação. A

impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.

A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da

informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que

facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na

transferência e na alta do paciente.

#### 5.1.2. Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do

paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência

do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a

transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço

de saúde.

Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como:

O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário,

O número de registro do atendimento do serviço de ambulância,

A descrição física da pessoa.

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

**IMPORTANTE:**

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

5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

5.2.1. A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

A administração de medicamentos,

A administração do sangue,

A administração de hemoderivados,

A coleta de material para exame,

A entrega da dieta e;

A realização de procedimentos invasivos.

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

5.2.3. A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados

deve seguir a legislação específica.

5.2.4. A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

5.2.5. Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2.6. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

5.2.7. A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

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

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

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

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

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

## 6. Estratégias de monitoramento e indicadores

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

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

A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

6

### 6.2. Indicadores

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizadas nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados.

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

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

6.2.2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

7

## APÊNDICE

### ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### I. Cor

a) A pulseira usada para a identificação do paciente deve ser de cor branca.

b) Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

#### II. Tamanho

As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo:

a) Compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos;

b) Pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças.

Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação.

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes. As extremidades do corte não devem ser afiadas.

Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

#### III. Conforto

Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente incluem:

- Forma – não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.

- Bordas – o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.

- Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele.
- Material – o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alérgico.

8

#### IV. Facilidade de uso

As pulseiras de identificação do paciente devem ser:

- a) Fáceis de limpar.
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos (sabão, detergentes, géis, sprays, esfregas, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais).
- c) Projetadas de maneira que permitam que os pacientes as lavem.
- d) Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das pulseiras de identificação.

Os seguintes aspectos devem ser considerados para facilitar o uso das pulseiras:

- a) Armazenamento;
- b) Acesso ao local de armazenamento;
- c) Preenchimento dos identificadores do paciente;
- d) Mudança ou atualização de informação;
- e) Leitura e verificação da informação;
- f) Colocação no paciente (incluindo a seleção do tamanho correto ou o ajuste ao comprimento correto);
- g) Fixação;

Remoção.

**IMPORTANTE:** A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

#### V. Registro dos identificadores do paciente

Os serviços de saúde utilizarão diferentes métodos para gerar os identificadores do paciente a serem incluídos na pulseira de identificação. Em alguns casos, podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde; em outros, eles podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve ser:

- a) Fácil de ler;
- b) Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no serviço de saúde, considerando a sua substituição, sempre que recomendada;

Para que as exigências sejam atendidas:

a) As etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.

b) A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.

c) A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação.

d) O espaço disponível para a inserção dos dados do paciente deve ser adequado para que os identificadores do paciente sejam registrados de forma clara e inequívoca.

e) A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação do paciente de uma mesma unidade de saúde a fim de garantir a padronização. Isso facilita a leitura das pulseiras de identificação, evitando erros.

f) A data de nascimento deve ser registrada no formato curto como DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/06/2005).

g) Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nomes múltiplos e nomes hifenizados.

h) Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados. Uma fonte comum deve ser utilizada com tamanho mínimo entre 12 e 14 pontos.

i) No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura.

j) Para a impressão dos identificadores do paciente, deve ser usada cor que seja claramente legível em circunstâncias de iluminação reduzida (tais como enfermarias durante a noite) e por aqueles com deficiência visual.

Fonte: Anvisa

---

# 24/02/2014 – PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

## 1. Finalidade

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

## 2. Abrangência

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos hospitais e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente.

## 3. Justificativa

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

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia.

Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes

pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão.

A maior

parte dos eventos ocorreu na presença dos pais.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44%

desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que

acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os

custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões

na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal.

Além disso,

podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda,

há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado

de longa permanência.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores

vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85

anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos

desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e

inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais

efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções.

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

Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 – 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.

#### 4. Definição

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

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

#### 5. Intervenções

##### 5.1. Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o

agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

#### 5.1.1. Fatores de risco para queda

a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.

b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

acidente vascular cerebral 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 (como, por exemplo, hipoglicemia).

d) Funcionalidade:

dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,

necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;

fraqueza muscular e articulares;

amputação de membros inferiores; e

deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial:

visão;

audição; ou

tato.

f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

g) Uso de medicamentos:

Benzodiazepínicos;

Antiarrítmicos;

anti-histamínicos;

antipsicóticos;

antidepressivos;

digoxina;  
diuréticos;  
laxativos;  
relaxantes musculares;  
vasodilatadores;  
hipoglicemiantes orais;  
insulina; e  
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

5.1.2. Paciente com alto risco de queda

a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem

ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.

b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades,

com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de

pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.

c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização

de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

5.1.3. Paciente com baixo risco de queda

a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda

de terceiros, com ou sem fatores de risco.

b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas

específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas

as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse<sup>12,13</sup>

e St

Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)

Essas duas

escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que

predispõem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Recentemente a escala Morse Fall Scale foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa\*

. Salientamos que tanto a Morse Fall Scale (versão traduzida ou original),

quanto as demais escalas existentes não são de acesso livre, sendo necessária

autorização dos autores para sua utilização.

Importante: Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco

intervenções de prevenção norteadas pelo risco de queda do paciente.

## 5.2. Ações preventivas

### 5.2.1. Medidas Gerais

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar

medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do

risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme

legislação vigente<sup>16</sup>, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação

adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e

entulhos), o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos

pacientes.

Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das

acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir

orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir

sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do

paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

Gustavo AS ,Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA . Morse Fall Scale : Tradução e Adaptação para a Língua Portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), 2013. No prelo

#### 5.2.2. Medidas Específicas

A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir

o(s) profissional(is) responsável(is) por avaliar o risco de queda e definir as ações de

caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco.

Medidas individualizadas

para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

Além disso, políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela

unidade para 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.

Deve-se fazer a reavaliação do risco 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. Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser

comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo,

pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e

atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos

casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores

contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de

cuidado mais seguro.

A tabela a seguir contém medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente.

Tabela 1 – Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)

Fator de risco Medidas

Idade

Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão

contempladas nos itens abaixo.

Histórico de Queda

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.

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).

Necessidades

fisiológicas e higiene

peçoal

Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o

paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.

Manter o paciente confortável no que tange às eliminações,

realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou

programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Medicamentos

Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.

Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao

risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses,

interações,  
possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).  
Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais  
e as  
interações medicamentosas que podem apresentar ou  
potencializar  
sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência,  
sudorese  
excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações  
visuais,  
alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.

Uso de Equipamentos/

Dispositivos

Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade  
de  
uso.

Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação  
de

equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à  
mobilização deste paciente.

Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a  
movimentação do paciente no leito ou a sua saída

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do  
leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na  
presença de acompanhante.

Mobilidade/Equilíbrio

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do  
leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na  
presença de acompanhante.

Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização  
de seus

óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.

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).

Cognitivo

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Condições Especiais

(hipoglicemia,

hipotensão postural,

cardiopatias

descompensadas, entre

outras condições

clínicas)

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se

progressivamente (elevar a cabeceira 30°, 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.

Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou

em pré e pós-operatório).

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados

à Segurança do Paciente. 2012.

Tabela 2 – Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes pediátricos

hospitalizados)

Fator de

Risco

Medidas

Idade

Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)

≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades

elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o

“Termo de recusa de tratamento”. A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com

a

avaliação do profissional responsável.

> 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.

Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)

≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas.

> 6 meses ≤ 36 meses:

o Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.

o Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).

> 36 meses: em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.

Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda)

da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).

Diagnóstico

Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.

Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.

Orientar 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.

Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente;

registrar

e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.

A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).

Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.

Orientar o responsável a levantar a criança do leito 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 idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável.

Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.

Fatores

Cognitivos

Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.

História

Pregressa/

Atividade

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.

Cirurgia/

Sedação/

Anestesia

Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda

relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.

Orientar o paciente e/ou familiar/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.

Sair do leito acompanhado pela enfermagem.

Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e

rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).

O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;

Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e

equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).

Medicações

Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.

Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na

prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.

Não levantar do leito sozinho.

Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante

quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem

potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência,

hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.

O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico

clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados

à Segurança do Paciente. 2012.

6. Procedimentos Operacionais

6.1. Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes

internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);

6.2. Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e

entregar material educativo específico quando disponível;

6.3. Implementar medidas específicas para a prevenção de queda

conforme o(s)

risco(s) identificado(s) (Ver tabela 1 e 2);

6.4. Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de

setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação;

ajustando as medidas preventivas implantadas;

6.5. Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar

toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os

procedimentos realizados;

6.6. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;

6.7. Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento;

7. Estratégias de notificação de quedas e monitoramento de desempenho

A criação de um instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e

geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é

uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das 12

informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de

melhoria, se necessário.

7.1. Indicadores

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.

Número de quedas com dano.

Número de quedas sem dano.

Índice de quedas  $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$ : este indicador pode

ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a

série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e

parâmetros de avaliação.

Fonte: Ministério da Saúde

---

# 24/02/2014 – PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

## 1. Finalidade

Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele.

## 2. Justificativa

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

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

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

Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7% <sup>1</sup>.

No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital<sup>2</sup>.

No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de UPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%<sup>3</sup>.

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

– Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.

– Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%

– Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%<sup>4</sup>.

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

Apesar da maioria das úlceras por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo total estimado do tratamento de UPP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano.

.  
-Abrangência (Âmbito, Ponto de Assistência e Local de Aplicação)

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas

por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde

#### 4. Definição

Para fins desta Portaria, considera-se as seguintes definições:

4.1. Úlcera por pressão (UPP): lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Outros fatores estão associados à UPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido

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

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

•  
O Estadiamento de UPP encontra-se descrito no Apêndice I.

#### 5. Intervenções

A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de UPP são

##### ETAPA 1

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

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

5.1.1. A avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e;

5.1.2. A avaliação da pele para detectar a existência de UPP

ou lesões de pele já instaladas.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

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

## ETAPA 2

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

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de UPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

#### 5.2.1. Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

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

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas

escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A avaliação do risco para desenvolvimento de UPP deverá ser executada através da

Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de

5 anos

As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo,

moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP. A classificação do risco dá-se de maneira

inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a

classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em

associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na

escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UPP

e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados

específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro,

sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental

na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco.

Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou

mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

**ATENÇÃO:** As etapas subsequentes (etapas 3 a 6), descritas a seguir, deverão ser

utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação

anteriormente descritas (etapas 1 e 2)

As medidas preventivas para UPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo

enfermeiro após a identificação dos fatores preditivos para o

risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea.

### ETAPA 3

#### 5.3. Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UPP, de acordo com etapas 1 e

2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes

pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em

questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente

enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de

alto risco para desenvolvimento de UPP.

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, deve ser feita de

acordo com a definição e classificação internacional.

#### 5.3.1. Procedimento operacional da inspeção da pele (Etapa 3).

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de

UPP (Nível de Evidência C)

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para

identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma

apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para

UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular,

maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres,

tubos e drenos

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras

por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o

tratamento e gerenciamento do cuidado.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos,

cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

Obs. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado

clínico do paciente (Nível de evidência B)

#### ETAPA 4

5.4. Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende

a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em

intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de

limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de

incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não

puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de

minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a

umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo

na prevenção de UPP.

5.4.1. Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e

manejo da umidade da pele (Etapa 4).

a) Higienização e Hidratação da pele

-Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É

recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a

irritação e o ressecamento da pele 11

·  
– Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após

banho, pelo menos 1 vez ao dia (nível de evidência B). A pele seca

parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão<sup>6</sup>

.

- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências

ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada

com movimentos suaves e circulares (nível de evidência B)<sup>6</sup>.

- A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde

existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele

frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de

prevenção de úlceras por pressão (nível de evidência B)

b) Manejo da umidade

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de

produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As

propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de

umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (nível de

evidência C)

.

- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes

ou fraldas)

.

- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos

horários de mudança de decúbito.

.

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a

outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas,

suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que

são potencialmente irritantes para a pele.

## ETAPA 5

### 5.5. Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de UPP deve incluir a

revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação

podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits

nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

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

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de

um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta

não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes

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

#### 5.5.1. Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera

por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais

específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais

nutrientes) para a prevenção de UPP.

b) Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de

sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no

estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência,

desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação

alimentar

(inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete

dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.

c) Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer

suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a

indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão (nível de evidência

A).

d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas

específicas nutricionais para a prevenção de UPP (vide Apêndice

específico para nutrição).

ETAPA 6

5.6. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a

preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de

desenvolvimento de UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a

pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de

redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e,

consequentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de

UPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas

horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade

circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas

suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins

são materiais facilmente disponíveis e que podem ser

utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para UPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

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

prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente

apresentam risco aumentado de desenvolvimento de UPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

5.6.1. Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

i. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (nível de evidência A).

ii. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor (nível de evidência C) e pelas superfícies de

redistribuição de pressão em uso (nível de evidência A).

iii. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao

regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos (nível de evidência C).

iv. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação

funcional do indivíduo (nível de evidência C)

v. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou

redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção

(cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas,

drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor

indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige

um intervalo maior entre cargas repetidas (nível de evidência C)

vi. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler

e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado

direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua

condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais

como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a

posição de semi-deitado (nível de evidência C).

vii. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo

superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e

no cóccix (nível de evidência C).

viii. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os

sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente

deslize para fora da cadeira (nível de evidência C). A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal

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

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

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

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

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

.

iv. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

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

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

i. Uso de colchões e camas na prevenção de UPP

– Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões

hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver

UPP (nível de evidência A)

-A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o

conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as

circunstâncias da prestação de cuidados<sup>6,8</sup>. Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de

redistribuição de pressão (nível de evidência C).

– Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas

de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm (nível de

evidência C)

– Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os

pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.

quando o reposicionamento manual frequente não é possível (nível de

evidência B)

.

- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras por pressão (nível de evidência A)

.

- ii. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão) (nível de evidência C)

- Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte

- posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão (nível de evidência C)

.

- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (nível de evidência B)

.

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP6

.

- iii. Uso de superfície de apoio para prevenir úlceras por pressão na posição sentada

- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de

- úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira

- (nível de evidência B). Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a

pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Estratégias de monitoramento e indicadores

Sugerem-se 3 indicadores de processo (6.1 a 6.3) e um indicador de resultado (6.4) para a prevenção da UPP

6.1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão.

6.2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para

UPP5

.

6.3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP5

.

6.4. Incidência de UPP

Fonte: Anvisa

---

## **20/02/2014 – AGÊNCIA MINAS – NOTÍCIAS DO GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

Tecnologias garantem controle e segurança no Hospital Governador Israel Pinheiro

Central de Material e Esterilização utiliza um novo sistema que permite a codificação e cadastro de todos os instrumentos cirúrgicos e inalatórios do hospital.

Rastreabilidade é diferencial no sistema de codificação e cadastro de instrumentos do hospital.

O [Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais \(Ipsemg\)](#) conta com a inovação tecnológica para aperfeiçoamentos dos procedimentos médicos. A Central de Material e Esterilização (CME) do Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) utiliza um novo sistema que permite a codificação e cadastro de todos os instrumentos cirúrgicos e inalatórios do hospital, estabelecendo rastreabilidade informatizada, controle e segurança.

Em Minas Gerais, o HGIP é a primeira instituição pública a utilizar os Aplicativos Gerenciais Específicos Integrados à Saúde (Ageis), sistema que trabalha com micropulsão e leitores ópticos. Com esta ferramenta é possível verificar o local de

origem, data e hora de esterilização de cada peça que compõem os kits, bem como quais os profissionais estiveram envolvidos no processamento e quais os pacientes que utilizaram os instrumentais cirúrgicos e inalatórios.

Além da leitura por meio dos identificadores, o sistema realiza a gestão das informações, emissão diária e mensal de relatórios gerenciais; abastecimento e controle de insumos e saneantes; manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e instrumentos cirúrgicos; e qualificação (validação) dos equipamentos.

Os dados registrados através desse sistema de rastreabilidade favorecem o atendimento da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Nº 15, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde, e também de órgãos certificadores de qualidade.

“Além do atendimento às legislações sanitárias, este sistema busca agregar com máxima qualidade o controle dos processos sempre com foco na melhoria da assistência prestada e segurança do beneficiário,” revela a enfermeira referência do CME, Rosilene Caldeira do Espírito Santo.

---

## **14/02/2014 – PRESIDENTE DA CÂMARA ANALISA DESONERAÇÃO DE REMÉDIOS**

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

Em ato público para a entrega de assinaturas em apoio à isenção tributária de medicamentos, ocorrida nesta quarta-

feira (12),

## **Presidente da Câmara promete instalar comissão para analisar desoneração de remédios**

Em ato público para a entrega de assinaturas em apoio à isenção tributária de medicamentos, ocorrida nesta quarta-feira (12), o presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Eduardo Alves, prometeu instalar uma comissão mista para analisar as propostas relativas ao tema em análise na Casa até a próxima semana.

“Vou conversar com o presidente do Senado, Renan Calheiros, sobre a possibilidade de criar uma comissão mista para agilizar o processo”, adiantou. “Caso não seja possível instituir o colegiado conjunto, “devido a outras prioridades do Senado”, o presidente garantiu que irá instalar a comissão apenas com deputados. “Ninguém pode mais desconhecer essa causa, que não é mais apenas da frente parlamentar, mas de toda a Câmara dos Deputados”, sustentou Alves.

**Campanha**—No ato, organizado pela Frente Parlamentar para a Desoneração de Medicamentos, foram entregues 2.620 milhões de assinaturas. A campanha foi organizada pela Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) em parceria com a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma).

De acordo com as duas instituições, atualmente, a carga tributária de remédios está em 33,9%, o que representa mais de um terço do preço final pago pelo consumidor. O presidente da frente parlamentar, deputado Walter Ithoshi (PSD-SP), ressaltou que quem mais sofre com essa situação são os mais pobres e os mais idosos. Para ele, “é muito importante essa Casa dar resposta à população, representada por esses mais de dois milhões de assinaturas”.

Para o ministro da Secretaria da Micro e Pequena Empresa,

Guilherme Afif Domingues, no caso dos remédios, é fundamental considerar o princípio constitucional da “essencialidade dos produtos”. O ministro defende que “se deve aplicar o imposto de acordo com essa essencialidade e, não, com uma visão única e exclusivamente arrecadatória”.

**PEC desonera medicamentos** □ Tramita na Câmara dos Deputados a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) [301/13](#), do deputado Francisco Chagas (PT-SP), que extingue os impostos sobre produtos farmacêuticos e os insumos utilizados em sua produção e comercialização.

A comissão especial para analisar [a PEC, que tramita conjuntamente com duas outras propostas relativas à redução de tributos](#), foi criada no ano passado, mas ainda não foi instalada. Caso a proposta seja aprovada, toda empresa brasileira ou estrangeira que queira produzir medicamentos para uso humano no Brasil teria a isenção completa dos tributos.

De acordo com o autor da proposta, os impostos sobre esses produtos atualmente são da ordem de 33,9%. Francisco Chagas lista entre os argumentos para a aprovação do texto: □- o fim da guerra fiscal entre os estados, já que hoje os governos estaduais estabelecem alíquotas de ICMS diferentes sobre os produtos farmacêuticos; □- o estímulo à criação de uma política pública industrial para fortalecer o setor farmacológico no Brasil, pois atualmente a produção é inferior a 10%; □- a geração de tecnologia, empregos e maiores investimentos; e □- a transferência direta, da ordem de R\$ 19 bilhões, para o bolso do consumidor de produtos farmacêuticos.

fonte: site ABRAIDI

RM CONSULT □ 14/02/2014

---

# **07/02/2014            SAÚDE            TERÁ ORÇAMENTO DE R\$ 106 BILHÕES EM 2014**

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

O orçamento destinado ao Ministério da Saúde para o ano de 2014

O orçamento destinado ao Ministério da Saúde para o ano de 2014 será de R\$ 106 bilhões, um aumento de 5% em relação a 2013.

A proposta, aprovada pelo Congresso Nacional ainda no ano passado, foi publicada nesta terça-feira, 21, no Diário Oficial da União.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS (Sistema Único de Saúde).

Além de atender às despesas do ministério e de seus órgãos e entidades da administração indireta, os recursos geridos pelo FNS são transferidos mensalmente aos estados e municípios para o custeio e investimento na área da saúde.

Todos os repasses financeiros realizados pelo Ministério da Saúde levam em consideração fatores como a adesão aos programas federais.

Além disso, são utilizados critérios populacionais e epidemiológicos, considerando as características de doenças transmissíveis ou crônicas existentes em cada região.

Fonte: O Estado de São Paulo – 23.01.2014

---

# 07/02/2014 – MONITORAMENTO DE DETERGENTES ENZIMÁTICOS

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

Anvisa e o Laboratório Central do Distrito Federal (Lacen-DF) vão monitorar os detergentes enzimáticos utilizados em hospitais.

A Anvisa e o Laboratório Central do Distrito Federal (Lacen-DF) vão monitorar os detergentes enzimáticos utilizados em hospitais. A Agência, por meio da Gerência Geral de Saneantes, e o Lacen-DF firmaram um termo de cooperação técnica para realização de testes laboratoriais nas diversas áreas de atuação da vigilância sanitária. O protocolo já foi aprovado pela Diretoria Colegiada da Anvisa.

O primeiro resultado prático dessa cooperação será a análise pelo Lacen/DF dos detergentes enzimáticos comercializados no País. Esses produtos, utilizados exclusivamente para a limpeza de materiais hospitalares, possuem enzimas que degradam gorduras e proteínas existentes nos equipamentos médico-cirúrgicos.

A Coordenadora de Controle de Monitoramento de Saneantes, Rosa Aires Mesiano, explica que anteriormente os detergentes enzimáticos eram apenas notificados junto à Agência. No entanto, a partir de novembro de 2013, o registro passou a ser obrigatório. “Em 2012, a Anvisa publicou a RDC 55. Uma das determinações da resolução é o registro desses produtos, que até então eram notificados. A norma também tornou obrigatória a realização de testes que comprovem a atividade enzimática da protease e amilase”. Segundo a Coordenadora, as empresas tiveram um ano para realizarem a adequação à norma.

Para realizar os testes, o Lacen-DF adequou a estrutura física e capacitou seus profissionais para a implantação das metodologias necessárias ao monitoramento dos detergentes

enzimáticos. Para Rosa, o termo de cooperação poderá favorecer toda a Agência e ser utilizado no monitoramento de vários tipos de produtos. “Nessa parceria com a Gerência-Geral de Saneantes, por exemplo, o acordo irá proporcionar mais segurança aos serviços de saúde na escolha e no uso dos produtos, garantindo a segurança dos pacientes que utilizam equipamentos e instrumentais médicos hospitalares”.

Imprensa/Anvisa

---

## **27/11/2013 – QUE BRUMAS IMPEDEM A VISIBILIZAÇÃO DO CME?**

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

---

## QUE BRUMAS IMPEDEM A VISIBILIZAÇÃO DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO?

Rosani Ramos Machado<sup>1</sup>, Francine Lima Gelbcke<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade do Vale do Itajaí. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil. E-mail: rosaniramos@terra.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: fgelbcke@ccs.ufsc.br

**RESUMO:** Este artigo busca refletir sobre o processo e a organização do trabalho no Centro de Material e Esterilização na perspectiva do materialismo histórico e dialético e em contribuições teóricas sobre o trabalho no setor de serviços, considerando-se que mesmo com toda a necessidade deste serviço nas instituições de saúde, ainda é um trabalho invisível. Tal invisibilidade se deve, entre outros, a pouca ênfase dada pela academia à área, não ser um cuidado direto ao cliente, ter certa semelhança com o trabalho doméstico, sendo desvalorizado por estes fatores; geralmente está localizado em espaços escondidos na instituição; local onde se lida com dejetos, sujeiras, resíduos, secreções, odores; ausência do médico, profissional valorizado nas instituições de saúde. Alguns destes fatores são abordados ao longo desta reflexão, permitindo um novo olhar para o processo de trabalho em Centro de Material e Esterilização, buscando a sua visibilidade no contexto das instituições de saúde.

**DESCRIPTORES:** Enfermagem. Esterilização. Serviços de saúde.

---

## WHAT IS IT THAT IMPEDES THE VISIBILITY OF THE MATERIAL AND STERILIZATION CENTER?

**ABSTRACT:** This article seeks to reflect upon the process and organization of work in a Materials and Sterilization Center, based upon the perspective of historical and dialectic materialism, as well as theoretical contributions about work in the services sector, considering that even with all the necessities behind this service in health care institutions, it remains an invisible job. Such invisibility is due to the limited degree of importance given by academia, who do not consider it to be direct client care; it is valued less and comparable to domestic service. In so doing, it is devalued and generally placed in hidden locations within the health care institution, at times sharing space with waste, dirt, residues, secretions, odors, and the lack of physicians, who are the valued professionals within health care institutions. Some of these factors are outlined throughout this reflection, thus permitting a new perspective towards the Materials and Sterilization Center, seeking its visibility within the context of health care institutions.

**DESCRIPTORS:** Nursing. Sterilization. Health services.

---

## ¿QUÉ BRUMAS IMPIDEN LA VISIBILIDAD DEL CENTRO DE MATERIAL Y ESTERILIZACIÓN?

**RESUMEN:** En el presente artículo se reflexiona sobre el proceso y la organización del trabajo en el Centro de Material y Esterilización desde la perspectiva del materialismo histórico y dialéctico, así como en contribuciones teóricas sobre el trabajo en el sector de servicios, considerando que a pesar de la necesidad de ese servicio en las instituciones de salud, aún es un trabajo invisible. Tal invisibilidad se debe, entre otros aspectos, a la poca importancia dada por la academia al área; no es un servicio de atención directa con el cliente, y por lo mismo, es menos valorizado. Existe cierta semejanza con el trabajo doméstico, el cual también es desvalorizado por ese mismo factor, ya que generalmente se encuentra localizado en lugares escondidos de la institución; es un lugar donde se trata con residuos, suciedad, secreciones, olores, y donde el médico, que es un profesional valorizado en la institución de salud, no se encuentra presente. Algunos de esos aspectos son considerados a lo largo de esta reflexión, ofreciendo una nueva mirada al proceso de trabajo en Centro de Material y Esterilización, buscando con ello, su visibilidad en el contexto de las instituciones de salud.

**DESCRIPTORES:** Enfermería. Esterilización. Servicios de salud.

---

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O contexto social influencia as práticas de saúde e de enfermagem, desencadeando ações que interferem nos caminhos percorridos pela enfermagem, sendo, portanto, estes caminhos dinâmicos, mutáveis e sensíveis aos movimentos da sociedade.<sup>1</sup>

O trabalho em Enfermagem é uma prática social e interdependente de outras ações de saúde, constituindo-se também uma atividade, majoritariamente, institucional. Sendo parte do processo de trabalho em saúde, a Enfermagem, como qualquer outra profissão se apropria dos elementos deste como objeto, instrumentos, finalidade e produto, adaptando-os ao seu saber-fazer.

Mesmo dentro da Enfermagem existem especificidades em relação aos elementos do processo de trabalho, sendo o Centro de Material e Esterilização (CME) um dos setores em que estes elementos se diferenciam, sem, contudo esquecer que no âmbito global o objeto de trabalho dos profissionais de saúde é o ser humano.

O CME é a área das unidades hospitalares, dos Centros de Saúde ou de outros estabelecimentos de saúde, que executa a limpeza e o processamento de artigos e instrumentais hospitalares, bem como a que realiza o controle, o preparo, a esterilização, armazenamento e distribuição de materiais.

O Ministério da Saúde define CME como “[...] o conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde”.<sup>2,15</sup>

O CME é uma unidade que costumava ser anexada ao Centro Cirúrgico (CC), mas com o desenvolvimento do conhecimento sobre infecções hospitalares e o aumento da variedade de materiais a serem processados, iniciou-se a sua separação do CC. Assim sendo, o CME torna-se uma unidade independente, que objetiva atender a todas as demais que necessitam de seu serviço, mesmo àquelas com uma demanda pequena de artigos médico-hospitalares, mas que possuem a mesma importância que o CC.<sup>4</sup> Assim, os processos para limpeza, desinfecção e esterilização de materiais foram acompanhando a evolução das ações em saúde e, com o aumento da complexidade que envolvia os atos cirúrgicos, apareceu a necessidade de se criar mecanismos que evitassem a morte dos pacientes por infecção, dando-se início a uma reestruturação no processo de trabalho do

CME, além da criação de mecanismos que propiciassem o desenvolvimento de competências dos trabalhadores da área.

A enfermagem por ser, tradicionalmente, a categoria profissional responsável pela organização do ambiente e gerenciamento das unidades, assumiu as atividades desenvolvidas no CME, seguindo “[...] a lógica da compartimentalização em que cada grupo profissional se organiza e presta uma assistência de saúde separada dos demais”.<sup>5,35</sup>

Historicamente, as atividades foram sendo desenvolvidas por atendentes de enfermagem ou outros trabalhadores sem qualificação específica para os procedimentos desenvolvidos no CME. Nestas unidades a coordenação frequentemente é designada ao enfermeiro, porém ainda existem instituições que não mantêm este profissional no CME, sendo comum o enfermeiro do CC ser responsável pelo gerenciamento deste setor. Nos serviços de saúde, o trabalho parcelar é mais facilmente identificado nas atividades de apoio e no exercício da Enfermagem, sendo que o profissional de nível superior é o que delega tarefas aos de nível técnico ou ocupacionais.<sup>3</sup> Sendo assim, a qualificação sistemática dos recursos humanos que trabalham em CME é fundamental para o desenvolvimento de procedimentos de qualidade. Neste cenário, torna-se compreensível que somente profissionais qualificados e com capacitações permanentes, que tenham como eixo metodológico o processo de trabalho, podem provocar mudanças significativas na organização do trabalho em saúde e no CME, de uma forma particular, no controle de infecção hospitalar e na qualidade da assistência ao cliente, proporcionando uma visibilidade maior para as pessoas que atuam neste setor, uma vez que possui muitas atividades repetitivas.

O processo de trabalho se caracteriza por ser um conjunto de atividades, determinado por uma finalidade, em que o ser humano transforma um objeto em um produto, utilizando instrumentos de trabalho. No caso dos serviços de saúde, o objeto de trabalho é o ser humano-cliente que traz consigo as emoções, necessidades e vontades que gostaria que fossem atendidas pelo trabalhador da saúde.

No CME este processo é mais específico e, se configura, como objeto de seu trabalho os artigos a serem processados, tendo-os como produto final em “[...] condições seguras de uso, que irão subsidiar outros processos”,<sup>4,22</sup> mantendo uma invisibilidade em relação à prestação do cuidado ao ser humano, mesmo para os trabalhadores, pois o produto se apresenta como a própria atividade destes.

O produto do CME será consumido por outra pessoa, que vai estar em uma unidade da instituição ou até mesmo, outra instituição. Daí, talvez, a visibilidade em relação à prestação do cuidado ficar tão distante, não sendo percebida pelos trabalhadores.

A finalidade do CME é dar suporte às ações de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores em estabelecimentos de saúde. Neste sentido, o CME presta “[...] cuidado ao cliente de maneira indireta, por instrumentalizar o cuidado direto prestado por outros setores ou serviços de saúde”.<sup>6,7,8</sup>

Como instrumentos de trabalho podem ser citados os materiais,<sup>7</sup> tais como autoclaves, estufas, entre outros; metodológicos como organização por tarefa, e outros que indicam um modo de realizar o trabalho<sup>9</sup> como a comunicação, a interação, a orientação, o conhecimento e o local de assistência que no CME tem uma organização específica de trabalho e que indica a finalidade do mesmo.

Por ser um serviço interno da organização, não produz um produto em si que seja vendável no mercado, mas que é necessário para que esta organização aconteça. Em princípio, o valor e o custo desse trabalho está embutido no preço final, já que são serviços diretamente referidos à produção (estoque, manutenção, reparos, limpeza).<sup>8</sup> Portanto, a função reside na manutenção e no apoio à realização do processo de valorização do capital. Este processo, pode ser diferenciado ainda, em relação à esfera de serviços privados e públicos, pois estes últimos são avaliados pelo seu valor de uso e o critério de rentabilidade passa a ser substituído pelo critério de custo-benefício, além de critérios políticos.<sup>8</sup>

## A INVISIBILIDADE DO TRABALHO NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Refletir sobre a invisibilidade do trabalho desenvolvido no CME está sendo um desafio, pois leva a tentar desvelar esta dimensão do processo de trabalho neste setor. Desta forma, é preciso identificar possíveis fatores que possam propiciar esta invisibilidade, que se pensa existir e que necessitará de um estudo investigativo mais aprofundado.

Existe uma invisibilidade dos microorganismos, os quais são invisíveis a olho nu, são organismos poderosos do mundo biológico e possuem potencial para causar injúrias ao ser humano, quando internado em ambiente hospitalar

e, principalmente aos trabalhadores do CME. A não visualização dos riscos relacionados aos microorganismos permite uma exposição maior dos trabalhadores. No entanto, no cotidiano do trabalhador não é raro se negligenciar a importância dos microorganismos e os riscos que eles representam para a nossa saúde, pois “o contágio de fora não é capaz de ultrapassar nossos muros, nossa armadura, construídos ao longo de muitos anos de trabalho árduo, o que de certa forma nos torna ‘imunes’ a coisas tão insignificantes”.<sup>9,2</sup>

Entretanto, para superar esta situação é necessário aceitar, reconhecer e evitar o risco. Só que para isso acontecer deve-se perceber a situação criticamente.

Assim, começa-se a adentrar em conceitos que têm interface com outro aspecto, que é o da organização do trabalho no CME.

Para isso buscamos o conceito do que seja invisibilidade social. Antes, porém, encontramos o conceito de invisibilidade pública. Invisibilidade pública é consequência de uma divisão social do trabalho, que propicia uma percepção prejudicada do ser humano, enxergando-se a função e não a pessoa. Neste contexto, as relações trabalhistas interferem nas relações em que a alteridade inexistente, quando se deixa de pensá-los como sujeitos transformadores.<sup>10</sup>

Derivado do conceito de invisibilidade pública há uma perspectiva interessante para conceituar invisibilidade social, que vai além da invisibilidade por preconceito, abrangendo também aqueles que não vivem a margem da sociedade.<sup>11</sup> A invisibilidade social pode ser descrita como “[...] relações sociais nas quais pessoas ou grupos sofrem uma ação invisibilizadora em determinadas situações. Esta não vem a mostrar que as pessoas tidas como invisibilizadas não sejam vistas. Elas são vistas através”.<sup>11,20</sup>

A visibilidade se revela com situações de enfrentamento, pelo mundo vivido e a invisibilidade pelo mundo não vivido.<sup>12</sup> A invisibilidade se fundamenta no não revelado. A visibilidade se concretiza quando “a luta tem a ver não simplesmente com a mudança de comportamento individual, mas como uma mudança social de maior alcance, necessariamente destinada a enfrentar questões subjacentes de desigualdade e injustiça social”.<sup>12,101</sup>

Assim, entendemos que com o CME ocorra uma ação invisibilizadora, pois são trabalhadores que são vistos e é um setor que existe, mas ambos não são efetivamente percebidos em sua existên-

cia. Há, talvez, um acordo tácito de não mostrar, ou porque não, esconder este local de expurgo e de execução de tarefas de tão alta frequência, isto é, "tarefas simples e rotineiras" realizadas cotidianamente.<sup>13,77</sup>

Com estes conceitos buscamos possíveis fatores que propiciem a invisibilidade do CME no contexto do processo de trabalho das instituições ou organizações de saúde.

Um primeiro fator que surge é que o cuidado indireto/meio é menos valorizado que o cuidado direto ao cliente, mesmo com o discurso de que este instrumentaliza a prestação do cuidado direto. Ratificando este fato, outro aspecto que deve ser levado em conta, ainda, é a pouca ênfase dada à área de CME na academia, pois a capacitação para atuar neste ocorre no âmbito da prática, levando a crer que o cuidado indireto tenha uma dimensão inferior ao cuidado direto, reforçando ainda mais a invisibilidade deste setor.

Salientamos, ainda, que mesmo sendo uma unidade com características especiais, em nossa formação pouca ênfase tem sido dada a esse conhecimento específico, sendo um local em que os acadêmicos ficam, em diversas situações, empacotando materiais, sem refletir sobre o fazer e sendo "mão-de-obra" barata. É relatado que "[...] a formação e o preparo para a realização dessas [...] práticas ocorrem antes no próprio âmbito do trabalho do que na academia. Poucos são os órgãos formadores em enfermagem que enfatizam um ensino específico em CM e em outros novos processos de trabalho".<sup>13,19</sup> Estes aspectos não favorecem a visibilidade deste setor como campo de atuação dos profissionais de enfermagem.

Surge, ainda, por nossa experiência, a noção de que mesmo dentro de uma mesma profissão, existem locais de trabalho que são mais ou menos valorizados que outros. Citamos como exemplos de locais valorizados: unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico e unidades com muita tecnologia dura, como hemodinâmica, hemodiálise, entre outros.<sup>14</sup> O CME não é uma dessas unidades valorizadas, pelo contrário, para lá são alocados principalmente, trabalhadores que não se adaptaram à assistência direta ao cliente, por problemas de relacionamento interpessoal, assiduidade ou deficiência de conhecimento; trabalhadores em readaptação de função, que não suportavam mais permanecer de pé por longas horas, por exemplo, ou atendentes de enfermagem que só estão autorizados a executar as atividades elementares de enfermagem. Esta impressão é corroborada também

por outros autores quando relatam que "[...] apesar da demanda dos enfermeiros pela melhoria de sua qualidade de operacionalização, o CM não era valorizado pelas direções dos hospitais, operando em locais inadequados e com recursos insuficientes ou antiquados. No mesmo caminho, o trabalho da enfermagem nesse local não era valorizado no conjunto da prática social da enfermagem, sendo permeado por um sentido desqualificatório e pejorativo e para lá encaminhados muitos profissionais da enfermagem que apresentavam 'problemas' de relacionamento nas unidades de assistência direta ao paciente".<sup>13,14,5</sup>

Ao pensar na invisibilidade do trabalho do CME, temos que nos reportar às questões de gênero, pois esta é uma área específica da Enfermagem onde também ocorre a predominância de mulheres e está implicado no contexto, historicamente marcado pela condição, ainda vigente, de menor reconhecimento do trabalho feminino.

No caso da enfermagem, ainda acontece que seu saber e experiência são pouco considerados ou desvalorizados pelos profissionais da área e, como consequência, pela sociedade. Dessa forma, são valorizados os saberes fundamentados na racionalidade instrumental e, no caso da saúde, centrado no saber médico, desconsiderando outros saberes "[...] mais relacionados ao viver compartilhado e que nos reportam às noções de limitação, dependência e coletividade, identificados aqui ao saber feminino, ao saber das enfermeiras".<sup>16,19</sup> Nesta visão os saberes tecnológicos, científicos e masculinos são relacionados à Medicina, enquanto o saber difuso, pouco científico e qualificado como um saber feminino cabe a enfermeira e a enfermagem de uma forma mais ampla. Assim, esse saber da enfermagem considerado "[...] polivalente, pouco palpável, com largas margens de indeterminação"<sup>16,19</sup> torna a enfermeira e a enfermagem como uma das profissões menos visíveis na área da saúde, sendo a enfermeira menos visível ainda devido ao número insignificante de profissionais no mercado de trabalho.

Pode-se considerar que "a enfermagem profissional incorpora o feminino, e este incorpora a invisibilidade histórica de um fazer 'menor, menos importante', por isso 'abaixo', simbólica e socialmente falando, de outros fazeres de igual nível acadêmico".<sup>16,20</sup> No mesmo sentido, pensamos que seja um local em que o trabalho se assemelha muito ao trabalho doméstico, na perspectiva de que sempre tem material para lavar, secar, arrumar, guardar, num círculo sem fim, se assemelhando muito a

cozinha e lavanderia, pois são locais onde se faz limpeza e se acondicionam os produtos e utensílios para a sua realização. De uma forma geral, a “[...] limpeza de banheiros, alimentação, arrumação de camas e cuidados com a roupa são corretamente consideradas tarefas rotineiras; uma tarefa rotineira é essencialmente de alta frequência e não adiável”,<sup>17,177</sup> e como citado anteriormente são tarefas inferiores, consideradas de baixo valor.<sup>17</sup> Por isso mesmo, escondemos muito bem nossas vassouras e panos de faxina, quando recebemos visitas em nossa casa.<sup>10</sup> Portanto, utensílios e produtos de limpeza não são socialmente aceitos, assim o CME, por ser um local de limpeza e esterilização de material, considerado por muitos como um expurgo, também não o é. Esta atitude, esconder o que parecem instrumentos de atividades ditas de menor valor, passa a ser naturalmente aceito. Aceito, sem uso de força, aceito pelos *outsiders* que são estigmatizados como anormais pelos estabelecidos, que se reconhecem como elite.<sup>18</sup> É uma violência simbólica, pois são verdades construídas socialmente e este poder simbólico acaba transformando determinados hábitos e crenças em verdades legítimas.<sup>19</sup>

Daí, talvez, mais uma possibilidade para a invisibilidade deste setor. Este é percebido como importante somente quando não ofertado a quem necessita, porém não visualizado na rotina do cotidiano, por ser uma atividade meio.

Cabe igualmente lembrar, que a área da saúde faz parte do setor de serviços. Nesta configuração a estrutura social possui duas funções: de “[...] satisfação social das condições físicas de sobrevivência”,<sup>8,15</sup> desempenhada pelas atividades econômico-produtivas e atividades que “[...] servem à manutenção ou modificação das formas de preenchimento da função inicialmente mencionada”,<sup>8,15</sup> ou seja, manutenção ou modificação da forma das atividades anteriores.<sup>8</sup> Neste contexto, o setor de serviços pertence à segunda função abrangendo as atividades que “[...] estão voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade”.<sup>8,15</sup> Sob esta ótica, o CME é considerado um serviço interno à organização e tem uma função de acompanhamento do processo de produção com os serviços diretamente referidos à produção (estoque, manutenção, reparos, limpeza), sendo considerada uma atividade meio, por isso mesmo distante do consumidor final que não percebe esta fase no seu processo de cuidado

a não ser quando acontece algo negativo, como uma infecção, por exemplo.

O CME é um dos setores das instituições de saúde em que a localização e arquitetura muito têm a dizer em relação à valorização dada a ele, tendo em vista os locais inadequados em que alguns ainda operam. Não raramente esta unidade fica localizada em locais inadequados ou anexos ao centro-cirúrgico.

Em relação à área física, sabe-se que a arquitetura influencia a dinâmica interna e as relações interpessoais. Neste conjunto, “[...] essa arquitetura pode ser considerada um elemento do currículo invisível ou silencioso, na medida em que institui em seu desenho um sistema de valores, tais como ordem, disciplina e vigilância [...]. O espaço [...] é dotado de significado, já que é fruto de uma construção social”.<sup>20,55</sup>

Criam-se espaços que facilitam a locomoção e interação entre as pessoas, sem muitas barreiras ou muitas divisórias ou, também, espaços construídos em que se colocam barreiras que dificultam o acesso, dividem e racionalizam os ambientes dificultando a qualidade das relações entre as pessoas.<sup>20</sup> Estas barreiras impedem o deslocamento dos trabalhadores. Neste caso, o deslocamento pode ser entendido como a possibilidade de transitar de um posto de trabalho a outro na organização. Isto possibilita a ocupação de espaços, representando uma forma de apropriação e poder. Estes deslocamentos criam pontos de contatos formais e informais, que possibilitam ao trabalhador, interagir com outros colegas fora do seu posto de trabalho.<sup>21</sup> Devido às características da organização do trabalho no CME estes deslocamentos acontecem de forma restrita, diminuindo a possibilidade de interação de seus trabalhadores com um número maior de pessoas e setores na instituição. Este acesso restrito associado à localização pode potencializar a invisibilidade do CME, pois a troca de saberes fortalece a prática e amplia o domínio do trabalhador sobre o ambiente do trabalho. No caso do CME, a restrição de seu domínio fragiliza a prática e mantém seu domínio circunscrito a sua área.

Ainda, o CME é um local onde se lida com as sujeiras, resíduos, secreções e odores. O ser humano vem progressivamente evitando a exposição dessa sua característica animal. Será que pode ser um dos motivos da falta de popularidade desse setor? Afinal, vivemos em “[...] um mundo moderno que tende para o inodoro, o desodorizado, o *clean*, cuja necessidade do controle de odores chega a todos os ambientes”.<sup>22,11</sup>

Há ainda uma questão para se pensar: será que a ausência do médico neste processo influencia nesta invisibilidade? A participação do médico no processo de trabalho, principalmente, no hospital existe do início ao fim, pois ele que emite tanto a guia de internação hospitalar quanto a autorização da alta hospitalar. Entretanto, não participa do processo de trabalho deste setor, apesar de muitas das demandas serem provenientes de suas ações. Alguns autores referem que “[...] os estabelecidos, visando à manutenção de seu *status*, não se dispõem a exercer (determinadas) tarefas”.<sup>11-46</sup> Para eles, quem quer que tivesse influência de *status* seria louco de envolver-se com uma responsabilidade de frequência tão alta. Além das questões relativas a outras atividades, ela seria rejeitada como trabalho de muito baixo *status*. Partindo disso, pode-se pensar que existe “[...] uma verdade socialmente construída que o realizar determinadas tarefas pode rebaixar ou exaltar o indivíduo que as exerce”.<sup>11-46</sup>

No caso em questão, os médicos na visão destes autores, seriam os estabelecidos, ou seja, aqueles que não se submetem às tarefas de alta frequência e de baixo valor social, mesmo que estas influenciem diretamente na qualidade de seu trabalho, no caso dos cirurgiões as atividades desenvolvidas no CME interferem de forma bastante efetiva.

Muitos são os motivos que levam a não percepção do valor do trabalho no CME. Um deles pode ser o fato de não se perceber todo o processo envolvido ao se apresentar o produto do trabalho, que são os artigos em condições seguras de uso. E qual é a utilidade social do material desinfetado/estéril de forma segura?

Essa utilidade social parece não ser percebida pelos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, a não ser quando ocorrem infecções hospitalares. Essa invisibilidade acontece possivelmente devido ao processo de trabalho ocorrer por meio de ações fragmentadas “[...] em sua constituição social por exigência da divisão social e técnica do trabalho, no entanto, quando se concretiza no trabalho realizado, incorporado no organismo do indivíduo, se apresenta reunificada e, neste momento, parece negar todo um processo anterior, justamente porque este não pode ser observado, nem direta, nem indiretamente no consumidor e, muito menos, num produto materialmente perceptível”.<sup>774</sup>

A invisibilidade social do CME pode se justificar também porque o mesmo pode ser um lugar de economia para a instituição, pois os atendentes e auxiliares de enfermagem são os que geralmente

recebem menos, no contexto hospitalar, além de possuírem menor qualificação, portanto é realizado um trabalho que é necessário, mas com utilização de recursos financeiros mínimos. Isto porque muitas instituições ainda mantêm a cultura de não investir na força de trabalho do CME em forma de capacitação e/ou formação ou lotação neste setor, de pessoal com formação. Sendo assim, os trabalhadores, por não possuírem qualificação adequada, provavelmente não conseguem atuar de modo que seu trabalho tenha um diferencial que possibilite a visualização por parte dos dirigentes e até mesmo, não conseguem perceber a distância que existe entre o trabalho realizado e o prescrito.

Visando também a redução de custos, os administradores podem não investir em infraestrutura, afetando o processo de trabalho deste setor. Desta forma, cria-se a possibilidade de existirem contradições entre o prescrito e o real, realizando-se ali, um trabalho muito distante do prescrito pela instituição.

Mas, e o que se pode fazer para propiciar a visibilidade do CME? Precisamos desenvolver ações que rompam com práticas que reproduzam a manutenção do *status quo*. Isso, necessariamente, implica na discussão da exposição a riscos biológicos, físicos, ergonômicos, entre outros. Implica ainda na compreensão do processo de trabalho no CME e sua interdependência com o processo de trabalho em saúde, em busca da percepção de seu valor social.

Seguindo um dos pressupostos da Política de Educação Permanente que sugere a intersecção entre o mundo da prática e o mundo de formação no cotidiano das instituições, acreditamos que a construção de estratégias para a visibilização do CME deva acontecer na prática das equipes. A academia pode ser um dos possíveis atores deste processo, fazendo uma reflexão sobre a abordagem deste espaço de trabalho nos currículos de enfermagem.

Entretanto, a instalação de um processo de mudança com a integração de novas práticas no cotidiano e o fortalecimento de práticas de trabalho que possam se aproximar do trabalho profissional, criativo e emancipador depende da participação dos gestores e dos trabalhadores em todo o processo de discussão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo refletimos sobre alguns aspectos que possam influenciar na invisibilização do CME no contexto hospitalar, tais como: o cuidado

indireto/meio é menos valorizado que o cuidado direto ao cliente; a pouca ênfase dada pela academia à área; a noção de que mesmo dentro de uma mesma profissão, existem locais de trabalho que são mais ou menos valorizados que outros; é um local em que o trabalho se assemelha muito ao trabalho doméstico; a área da saúde faz parte do setor de serviços e as atividades desenvolvidas no CME, são atividades que visam dar sustentação as ações de saúde desenvolvidas nas unidades de saúde; a localização é escondida; é um setor onde se lida com as sujeiras, resíduos, secreções, odores; há ausência do médico e, ainda, é um local em que se encontram trabalhadores com menor grau de qualificação, apesar de já haver indicativos de mudança, podendo ser um lugar de economia para a instituição.

Pensar na invisibilidade do CME, nos faz refletir que ela está intimamente relacionada com a invisibilidade da Enfermagem como profissão. Contudo, sabe-se que a visibilidade de uma profissão acontece na construção diária de uma prática fundamentada em saberes tácitos e científicos, propiciando o surgimento de um reconhecimento social. Há que se ter, portanto, profissionais engajados, que lutem pelo reconhecimento social de sua profissão, pautados no conhecimento científico, no estabelecimento de competências que possibilitem as interações grupais. Por isso, a Enfermagem precisa cada vez mais desvelar e compreender seus nichos e, com isso fundamentar-se cientificamente buscando o fortalecimento e o reconhecimento da Enfermagem como disciplina.

Desta forma, os trabalhadores do CME necessitam engajar-se no processo de construção social da profissão, por meio de uma práxis reflexiva, superando o processo de alienação decorrente de um trabalho rotineiro. Há que se superar as dimensões ambivalentes encontradas no trabalho, tais como opressão e emancipação, alienação e criação, pois é com base no processo contínuo de reflexão, de conscientização, que o trabalhador necessita buscar constantemente compreender a sua vida no trabalho e a partir dele, tornando-o visível para si, para os outros e para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Gelbocke F, Reibnitz KS. Empregabilidade: perda ou conquista da cidadania? In: Cianciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo (SP): Ícone; 2002. p.199-234.
2. Brasil. Portaria Interministerial N° 482 de 16 de abril de 1999: dispõe sobre o regulamento técnico contendo disposições sobre o funcionamento e instalação de unidades de esterilização por óxido de etileno e suas misturas, bem como, estabelece as ações de inspeção sob responsabilidade do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19 Abr 1999. Seção I. p. 15.
3. Moura MLPA. Centro de Material e Esterilização: planejamento e gestão. São Paulo (SP): SENAC; 2006.
4. Possari JF. Centro de Material e Esterilização: planejamento e gestão. 2ª ed. São Paulo (SP): Iátria; 2005.
5. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): Papa-livros; 1999. p.25-49.
6. Taube SAM, Zagonel IPS, Méier MJ. Um Marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de material e esterilização. Cogitare Enferm [online]. 2005 Mai [acesso em 2007 Fev 13]; 2(10):76-83. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>
7. Leopardi MT. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: Leopardi MT. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): Papa Livros; 1999. p.71-81
8. Offe C. Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho". Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasiliense; 1991.
9. Koerich MS, Sousa FGM, Silva CRLD, Ferreira LAP, Carraro TE, Pires DEP. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. OBJN [online]. 2006; 5(3): [acesso em 2006 Out 20]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/564/129>
10. Costa FB. Homens Invisíveis: relatos de uma humilhação social Rio de Janeiro (RJ): Globo; 2004.
11. Rodrigues Junior GJ. (In) Visibilização Social: o jogo dramático de visibilidade e invisibilidade dos atores sociais [monografia]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2007.
12. Parker R. A Aids no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará; 1994.
13. Bartolomei SRT. Processo de trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2003.
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

15. Laus AM. A história da Central de Material: seu percurso em uma instituição de saúde de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.
16. Pereira WR, Silva GB. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional - algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. *Texto Contexto Enferm*. 1997 Jan-Mar; 6(1):18-32.
17. Douglas M, Isherwood B. O mundo dos bens: para uma antropologia do consumo. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 2004.
18. Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os outsiders. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2000.
19. Bourdieu P. O Poder Simbólico. [S.l.]: Bertrand Brasil; 2000.
20. Nunes BO. O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
21. Fischer FM, Gomes JR, Colacioppo S. Tópicos de saúde do trabalhador. São Paulo (SP): Hucitec; 1989.
22. Triska LNS. Prazer e bem estar no ambiente de trabalho: a importância do olfato na ergonomia [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção; 2003.
23. Castanha ML. A (In)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2004.

Correspondência: Rosani Ramos Machado  
Rua Manoel Loureiro, 128  
88117-330 - Barreiros, São José, SC, Brasil  
E-mail: rosaniramos@terra.com.br

Recebido em: 15 de setembro de 2008  
Aprovação final: 15 de maio de 2009

---

# 26/11/2013 – ATENÇÃO SOBRE ESSE PRODUTO: DETERGENTE ENZIMÁTICO

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014  
Informe ANVISA

Colegas,

A [Agência Nacional de Vigilância Sanitária](#) publicou em seu site no dia 21/Nov/2013 a seguinte nota sobre “detergentes enzimáticos”:

“A Anvisa encerrou, na última segunda-feira (18/11), o prazo para que as empresas detentoras de notificação e registro de detergentes enzimáticos se adequem ao regulamento descrito na [RDC Nº55/2012](#). As empresas tiveram o prazo de 360 dias para regularizar a situação de seus registros. Os produtos que não estiverem regularizados até o dia 21 de novembro terão seus processos cancelados.

Os detergentes enzimáticos anteriormente notificados ou registrados, que deram entrada na adequação no período previsto, terão prioridade de análise, garantindo assim a disponibilidade do produto no mercado. Os processos entregues depois do prazo estipulado terão que atender a sequência da fila de análise de processos.

Os produtos notificados ou registrados, fabricados até 17 de novembro de 2013, poderão ser comercializados até o fim de seu

**prazo de validade.**

**Detergentes enzimáticos são somente os produtos que contenham as formulações destinadas ao uso em dispositivos médicos. Os demais produtos que contenham enzimas deverão ser categorizados de acordo com a finalidade de uso, tais como: lava-roupa, desengraxante, limpadores, etc.”**

**Vamos nos manter atentos sobre esse produto!!**

Rosa Aires Borba Mesiano

Coordenadora de Controle de Monitoramento de Saneantes

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

National Health Surveillance Agency

Central de Atendimento: 0800 642 9782

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)