

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

DANYEL ERICH DUARTE DIAS

**PADRÃO DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DA
IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL**

**GOVERNADOR VALADARES/ MINAS GERAIS
2015**

DANYEL ERICH DUARTE DIAS

**PADRÃO DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DA
IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Formação Pedagógica Para Profissionais de Saúde - CEFPEPS -, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof^ª. Dra. Aidê Ferreira Ferraz

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

DIAS, DANYEL ERICH DUARTE

PADRÃO DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL:
IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM
UM HOSPITAL [manuscrito] / DANYEL ERICH DUARTE DIAS.
- 2015.

37 f.

Orientador: Aidê Ferreira Ferraz.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de
Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde

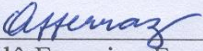
1. Segurança do Paciente. 2. Gestão de Riscos. 3. Qualidade da
Assistência a Saúde. I. Ferraz, Aidê Ferreira. II. Universidade
Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Danyel Erich Duarte Dias

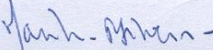
**PADRÃO DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DA
IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Aidê Ferreira Ferraz (Orientadora)



Prof. Dra. Marília Rezende da Silveira

Data de aprovação: **26/06/2015**

RESUMO

O processo de identificação do paciente é essencial para garantir a segurança e qualidade da assistência prestada em instituições de saúde. A implantação do método de pulseira é uma prática usual e é um dos indicadores dos processos auditáveis quanto à qualidade assistencial. Contudo, diversos fatores levam as instituições, principalmente as públicas, a não aderirem a este método dentre os quais podem-se citar os problemas organizacionais, falta de recursos materiais, humanos e de equipamentos, fatores culturais, dentre outros. Todos estes induzem às não conformidades, gerando assim os indesejados eventos adversos e sentinela, descritos pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, como uma ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física, psicológica ou risco de sua ocorrência. O presente trabalho consiste em um projeto de intervenção que aconteceu em um hospital do Vale do Aço, Minas Gerais, com o objetivo de implantar a identificação do paciente hospitalizado em toda unidade de internação, cenário do estudo, conforme designação da OMS (Organização Mundial de Saúde), como passo primordial para segurança assistencial. Este processo de identificação é uma etapa essencial do processo de comunicação efetiva que possibilita minimizar a ocorrência de falhas provenientes da assistência hospitalar ao paciente, buscando garantir-lhe o tratamento designado, livre de danos, fundamentado nas normas de segurança e qualidade do Ministério da Saúde. Devido à urgência de estratificação do risco durante a assistência ao paciente, foi proposta ao Núcleo de Segurança do paciente (NPS) a implantação do método de identificação de pacientes internados a partir do momento da admissão, por meio de pulseiras e identificação sobre o leito, a primeira contendo o nome, data de nascimento e a identificação sobre o leito que inclui os dados contidos na pulseira com o acréscimo da data de internação no hospital e no setor, idade, número do registro, médico assistente e leito correspondente. O projeto teve início em Fevereiro de 2015, com o planejamento do mesmo juntamente com o NSP recém instituído no hospital. No mês de Março houve a capacitação da equipe de enfermagem, quanto à padronização da identificação e a importância da mesma durante a assistência em saúde, após, foram desenvolvidos checklist para verificação da adesão da equipe de enfermagem quanto a identificação observando as conformidades e não conformidades, sendo avaliados a pulseira de identificação e a identificação sobre o leito de 140 pacientes internados no mês de Abril, tendo uma taxa de conformidade acima de 80%. Concluiu-se que a identificação do paciente com pulseiras e nos leitos, são práticas fundamentais capazes de trazer inúmeros benefícios à segurança assistencial tanto para os profissionais da saúde quanto para os pacientes hospitalizados. Por meio deste trabalho e dos resultados obtidos é possível reiterar a assertiva das Organizações que preconizam as estratégias de segurança do paciente e compreender por que a identificação é uma prática recomendada internacionalmente e cobrada de forma incessante pelos sistemas de saúde.

Palavras chave: Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Qualidade da Assistência a Saúde

ABSTRACT

The patient identification process is essential to ensure the safety and quality of care in health institutions. The implementation of the bracelet method is a common practice and is one of the indicators of auditable processes and the quality of care. However, several factors lead institutions, mainly public, not to adhere to this method among which may be mentioned organizational problems, lack of material resources, human and equipment, cultural factors, among others. All these induce non-compliance, thereby generating unwanted adverse and sentinel, described by the National Accreditation Organization - ONA, as an unexpected occurrence involving death or variation of the process, any physical injury, psychological or risk of its occurrence. This work consists of an intervention project which took place in a hospital Steel Valley, Minas Gerais, in order to implement the identification of the patient hospitalized in any hospital unit, study setting, as designated by WHO (World Health health) as a primary step for security assistance. This identification process is an essential step in the effective communication process that enables minimize the occurrence of failures from the hospital patient care, seeking to ensure her assigned treatment, free from damage, based on safety and quality of the Ministry of Health . Because of the risk stratification of emergency for patient care, it was proposed to the Patient Safety Center (NPS) the implementation of the method of identifying patients admitted from the time of admission, through bracelets and identification on the bed , the first containing the name, date of birth and identification on the bed that includes the data on the bracelet with the admission date of the increase in the hospital and in the industry, age, record number, physician and matching bed. The project began in February 2015, with the planning of the same along with the NSP newly set up in the hospital. In March there was the training of nursing staff, as the standardization of identification and its importance for the health care, after have been developed Cheklist to verify the membership of the nursing team and the identification watching the conformities and non-conformities and are assessed on the identification bracelet and identification on the bed of 140 patients admitted in April, with a compliance rate above 80%. It was concluded that patient identification bracelets with and the beds are key practices that can bring numerous benefits to healthcare safety for both health professionals and for hospitalized patients. Through this work and the results obtained can reiterate the assertion of organizations advocating the patient safety strategies and understand why identification is an internationally best practice and charged incessantly by health systems.

Keywords: Patient Safety. Risk Management. Health Care Quality

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM AÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE 1 – Modelo de convocação para capacitação afixada nos setores de internação	32
APÊNDICE 2 - Folder informativo afixado nos painéis de visualização diária dos colaboradores	32
APÊNDICE 3 - Folder informativo afixado nos locais de coleta de indicadores, enfatizando o cumprimento de metas, proposta do ato educativo realizado após as capacitações.	33
APÊNDICE 4 - Folder de divulgação das metas e porcentagem destas referente a cada unidade de negócio.....	33
APÊNDICE 5 - Procedimento Operacional Padrão - POP de identificação do paciente utilizado no hospital de estudo.....	34
APÊNDICE 6: Pulseira de Identificação padronizada na referida instituição do trabalho.	37
APÊNDICE 7: Placa de Identificação sobre o leito padronizada na referida instituição do trabalho.....	37
APÊNDICE 8 – Ficha de notificação de eventos adversos.....	38

1 INTRODUÇÃO

Atualmente um dos principais enfoques para a qualidade da assistência ao paciente, tanto empiricamente quanto nas discussões técnico-científicas, têm sido as boas práticas, as quais envolvem as medidas de segurança do paciente em suas diversas dimensões. Para o alcance dessa meta mais abrangente e complexa, destaca-se a necessidade de identificação do paciente como medida essencial na prevenção de danos decorrentes da assistência.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP (2009, p.132) define a Segurança do Paciente como "redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável, considerando a complexidade de procedimentos e tratamentos".

Na busca pela melhoria da qualidade na Assistência a Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em Abril de 2013 a Portaria 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS) e definiu a segurança do paciente como:

- Redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

Organização Mundial de Saúde (OMS), em documento publicado em 2009, corrobora com REBRANESP (2009) e a Portaria 529 do Ministério da Saúde quando afirmam que o conceito de Segurança do Paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” é a possibilidade diante das maneiras viáveis, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao tratamento.

É determinante a qualidade dos serviços prestados em saúde para que se possa assegurar a redução e o controle dos riscos aos quais o paciente é submetido. Pensando assim, é fundamental que haja ações complementares com o intuito de identificar de forma precoce a ocorrência de eventos que possam afetar a segurança do cliente internado, reduzindo os possíveis danos e evitando futuros riscos (BRASIL, 2013).

Com o objetivo de construir ações para a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) no país e dar cumprimento à Portaria GM/MS 529 de 1º de Abril de 2013 e à RDC 36 de 25 de Julho de 2013, o objetivo deste estudo é instituir parâmetros de identificação diretamente ligados à segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde.

Quando se trata de serviços de saúde é de suma importância a qualidade da assistência, usando de forma eficiente os recursos, atingindo o nível máximo de satisfação dos usuários e com o mínimo de riscos aos mesmos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1981; DONABEDIAN, 1992 *apud* PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR, 2006).

Conforme informações contidas sobre critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ):

A qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas (FNQ, 2007, p. 12).

Para alcançar a meta de qualidade no serviço de saúde é de fundamental importância a implementação de medidas quantitativas como gestão de qualidade. Nos dias atuais a abordagem destas metas têm sido avaliadas de diversas formas como método de organização do processo de trabalho, o que vai de encontro com as propostas educativas do trabalho em tela (TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2005).

Os serviços de Enfermagem, como integrantes essenciais de Instituições de saúde, enfrentam inúmeros desafios no sentido de atender as demandas dos clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial.

A implantação do método de identificação contribui para a melhoria contínua da qualidade do atendimento prestado aos usuários na instituição cenário do referido trabalho, gerando uma cultura educativa aos colaboradores, mediante metodologia específica.

Diante do exposto, o serviço de enfermagem da instituição campo dessa intervenção, trabalhará com indicadores de qualidade referentes ao procedimento identificação do paciente, desenvolvido segundo as características específicas de cada setor do hospital, que passarão a subsidiar o gerenciamento assistencial com o objetivo de garantir a contínua melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada na instituição foco.

2 JUSTIFICATIVA

Para cumprimento de normas nacionais e internacionais referentes à segurança assistencial, até o presente momento sem real eficiência na instituição campo desta intervenção, com o intuito de favorecer a segurança do paciente, maior qualidade da assistência de enfermagem, oferecendo maior segurança a instituição, conseguindo manter uma adequada relação custo benefício e redução do tempo de internação. Este trabalho também foi motivado por evidências de fatores detectados no cotidiano assistencial da instituição cenário, tais como alto índice de falhas assistenciais decorrentes da ausência desta identificação como, por exemplo, transporte de paciente errado, exames em pacientes trocados, registros e encaminhamentos de prontuários de pacientes divergentes, erros na administração de medicamentos, entre outros, que poderiam acarretar erros potencialmente fatais.

A proposta desta intervenção também houvera como base na ameaça de penalidade instituída durante a auditoria da Vigilância Sanitária e Conselho Regional de Enfermagem ao nosocômio. Ambos trataram o fator identificação do paciente como item de correção emergencial, considerando a necessidade prevista pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população, estabelecendo o prazo de noventa dias para adequação e ou início do processo.

Também devido à adequação dos serviços de saúde, quanto ao risco assistencial que é enfatizada na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente". O que corrobora com o inciso 1 do artigo 1º da portaria 529 do Ministério da Saúde Brasileiro, que tece sobre a promoção e apoio a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio da implantação da gestão de risco

Diante do exposto, constataram-se as circunstâncias oportunas e necessárias além da relevância concernente à realização desta intervenção, como proposta educativa e permanente aos colaboradores na instituição supra. Uma vez que propicia à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e equipe multidisciplinar de saúde, buscando favorecer segurança dos pacientes e dos profissionais que deles cuidam, além de aumentar a credibilidade institucional, a relação custo-benefício, atendendo assim as normas das organizações nacionais e internacionais.

Cabe destacar que esta intervenção é um ato educativo da proposta inicial de intervenção, com capacitação, orientação e acompanhamento, com intuito de transformar o meio em que se insere o contexto, no caso a segurança do paciente. Conforme aprendido dado momento do presente curso o ato educativo é um processo em permanente construção, o que requer de todas as pessoas e, no nosso caso, como profissionais de saúde e de educação, a capacidade, disponibilidade e disposição para construir e reconstruir permanentemente essa realidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Implantar a identificação do paciente hospitalizado em toda unidade de internação cenário do estudo, conforme designação da OMS (Organização Mundial de Saúde), como passo primordial para segurança assistencial.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Promover a assistência livre de danos decorrentes da ausência de identificação do paciente.
- ✓ Corrigir falhas de intervenções da equipe multiprofissional junto aos pacientes hospitalizados na referida instituição decorrentes da falta de mecanismos de identificação.
- ✓ Promover a melhoria da qualidade da assistência multidisciplinar prestada aos pacientes.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido e fundamentado nas etapas do “padrão hospitalar de identificação dos pacientes institucionalizados”, em conformidade com os manuais de segurança do paciente elaborados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2013.

Os dados bibliográficos utilizados no trabalho foram retirados dos sites: *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Elton B. StephensCo (Ebsco), Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Universidades públicas. As fontes foram selecionadas segundo os critérios, que consistem na seleção de palavras, temas e subtemas relevantes ao estudo proposto e seu emprego em um plano sistemático de busca de literatura, sendo utilizados os seguintes descritores para a busca virtual: Segurança do Paciente, identificação do paciente, pulseiras de identificação e qualidade da assistência em saúde.

O projeto foi desenvolvido em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), de um hospital, situado no Vale do Aço, de nível de atendimento terciário, de média complexidade, pertencente à rede do SUS em Minas Gerais. A primeira etapa do projeto que começou em Fevereiro de 2015, consistiu na elaboração do projeto de intervenção que foi apresentado à diretoria, para que a mesma aprovasse e disponibilizasse o material necessário para desenvolvimento do mesmo. Após aprovação foram realizadas no mês de Março, capacitações nos dois turnos de trabalho, conforme convocatória no APÊNDICE 1 destinadas aos profissionais da equipe de enfermagem, pertinentes ao tema deste trabalho com a finalidade de:

1. Orientação sobre aquisição e distribuição dos materiais necessários para implementação da identificação do paciente, em conformidade com as normas implantadas;
2. Definição do método de aplicação e controle do novo procedimento;
3. Sensibilização dos colaboradores sobre as vantagens da aplicabilidade da identificação do paciente para obter maior adesão destes ao processo;
4. Inclusão nos protocolos das unidades da notificação de evento sentinela;
5. Avaliação da efetividade do desenvolvimento das propostas através de indicadores coletados, conforme FIG 1 e 2.

Após a implementação, esse procedimento será acompanhado pela coordenação da equipe de enfermagem do hospital de qualidade, que o terá, como procedimento norteador para

avaliação da qualidade do desempenho hospitalar a ser realizada pelo NSP da instituição em referência.

Foram criados folders informativos, elaborados pelo NSP, com o intuito de instigar a educação permanente dos profissionais envolvidos no processo, os colocando como protagonistas do processo, como nos APÊNDICES 2 e 3. No APÊNDICE 4, está um exemplo dos mecanismos afixados, utilizados com a intenção de atrair a atenção dos funcionários para o projeto e obtenção das metas propostas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Kluck *et al.* (2002) a incessante busca pela qualidade na assistência vem sendo pauta de discussões nos modelos assistenciais, principalmente na esfera gerencial, devido a maior consciência da população, nesses últimos tempos, quanto aos cuidados recebidos, no sistema de saúde. Estes têm seus direitos como usuários bem definidos gerando assim uma necessidade de maior comprometimento e atenção por parte das instituições de saúde. Com este raciocínio a melhoria da qualidade assistencial passa a ser um compromisso coletivo, com o intuito de atender as demandas sociais uma vez que o público alvo se torna cada dia mais exigente. Requerendo assim a implementação de gestão de qualidade nas organizações, tanto na rede privada quanto na pública.

Para atender a necessidade destas exigências, visando principalmente a gestão de qualidade da assistência prestada, as organizações envolvidas com a saúde começam a pensar sobre normas a serem seguidas por instituições de saúde que garantam a segurança do paciente. Há mais de dez anos, o relatório (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) divulgado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos analisou prontuários de 30.121 internações e identificou que sérios prejuízos iatrogênicos haviam ocorrido em 3,7% das internações (6,5% dos quais provocaram disfunções permanente e 13,6% envolveram a morte do paciente). Com base nestes resultados, estimou-se que os danos haviam contribuído para a ocorrência de 180.000 óbitos por ano naquele país (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Após a publicação desse relatório, tornou-se urgente a redução principalmente de eventos adversos em todo o mundo. O Consórcio Brasileiro de Auditoria - CBA (2003) destacou que a Agência de Acreditação Norte-americana, após esses dados, passou a exigir dos hospitais em 2003, cumprimento de onze metas de segurança do paciente, sendo uma delas a identificação correta dos pacientes.

Desde o lançamento deste relatório a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotou esta questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros. Em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, visando a socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas. Esta aliança tem também o objetivo de conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando programas, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizando campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a garantir a segurança dos

pacientes ao redor do mundo (SILVA, 2010). E de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007) "em 2005 esse centro colaborador para segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde inicia uma rede internacional para identificar, avaliar, adaptar e difundir soluções para segurança do paciente em todo o mundo".

Uma das soluções encontradas visando aumentar a segurança do paciente durante a assistência a saúde é o produto deste trabalho que é a implantação da identificação dos pacientes. Incorporado pelo protocolo brasileiro como um dos itens referentes à segurança assistencial.

Em abril de 2013, o Brasil se destaca em ações voltadas para segurança do paciente através do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), além de determinar a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, o programa colocou em consulta pública seis protocolos para atendimento às metas internacionais de segurança, sendo um deles sobre a identificação do paciente (BRASIL, 2013; HOFFMEISTER e MOURA, 2015).

A REBRAENSP (2013) refere a falta da identificação do paciente em implicações como falhas no atendimento, duplicidade de informações, comprometendo a assistência. Repercutindo empiricamente, em erros associados ao uso de medicamentos, transfusão sanguínea, erros na realização de procedimentos cirúrgicos e exames diagnósticos e, até mesmo, na troca de bebês em maternidades, todos estes caracterizando eventos adversos.

Este trabalho buscou implantar em uma instituição com gestão pública, um dos passos que visam a busca por essa qualidade da assistência, que é a identificação do paciente. Com os usuários do sistema de saúde esclarecidos de forma significativa sobre o processo de cuidado e as implicações jurídicas de um evento adverso, as instituições tem buscado de forma rigorosa o cumprimento dos passos referentes à segurança do paciente. Para tal a implantação do método de identificação proposto, reduz a possibilidade de falhas durante a prestação de cuidados aos paciente nesta instituição.

Durante o processo de criação desse projeto, vários estudos foram realizados de forma a garantir o mínimo de erro possível na sua implantação e conforme Machado (2003, p.1):

Para implantação de um sistema satisfatório de identificação, existem diversas etapas as quais devem ser analisadas, como por exemplo, a característica da instituição (porte, fluxo, grau de complexidade, etc.), porém, princípios básicos são comuns a toda rede de saúde. São muitos os fatores que podem interferir na identificação positiva do paciente: estado de consciência, sedação, barreira linguística, falta de informações, deficiência auditiva, idade (criança, jovem ou idoso), homônimos. Se não se encontrar bem

estruturado este processo, os erros podem acarretar em sérias consequências para os pacientes, familiares e instituições envolvidas. A gravidade destas consequências podem variar de sequelas leves, permanentes ou até mesmo ao óbito. Também aumento dos custos hospitalares até implicações jurídicas, com relação à instituição e ao profissional envolvido. Especificamente em maternidade estão o maior número de eventos sentinelas registrados em literatura, devido a ausência de identificação.

Durante a implantação do projeto foi identificado diversos fatores que esbarravam em barreiras rotineiras de um serviço público, como necessidade de licitação para compra de material para implantação, demora no processo de liberação para início dos trabalhos, entre outros. Mas a efetividade deste, dependia diretamente da funcionalidade do proposto durante a implantação, como: a aceitação deste novo método pela equipe assistencial, a dedicação para com o sucesso do projeto e principalmente a comunicação efetiva entre os colaboradores envolvidos, visto que, segundo a REBRAESP (2013) a identificação do paciente é uma etapa da assistência de enfermagem que exige rigor no desenvolvimento da comunicação efetiva, que se torna essencial para a qualidade da assistência e para tal é imprescindível aos profissionais da equipe multiprofissional de saúde, em particular à enfermagem, desenvolvê-la como um instrumento básicos e essencial ao cuidar em enfermagem e na saúde em geral.

Além de ser fundamental durante o processo da identificação do paciente a comunicação efetiva entre a equipe que presta assistência a saúde está diretamente ligada a qualidade da assistência e diminuição de eventos adversos, segundo a OMS:

A comunicação ineficaz está entre as “causas-raízes” de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. A descontinuidade na comunicação ou a falta de trabalho em equipe são fatores que influenciam na ocorrência de eventos adversos e resultados insatisfatórios de tratamentos. Cabe realçar que entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos (OMS, 2007, p.2),

Segundo a CBA (2007) a identificação do paciente tem duplo propósito: primeiro, determinar com segurança a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento; segundo, assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita. Na prática, a identificação do paciente é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção, podendo interferir nas demais etapas, primordiais à garantia da qualidade e segurança do serviço prestado (HOFFMEISTER e MOURA, 2015).

Para que esse propósito seja atingido e para assegurar a qualidade e a segurança assistencial no serviço de saúde, Westbrook *et al.* (2011) diz que é indispensável que a prática da

identificação seja realizada de maneira correta. Falhas no atendimento podem ocorrer, caso a identificação esteja ausente ou haja duplicidade de informações. Estas situações podem repercutir de forma empírica, em erros associados ao uso de medicamentos, transfusão sanguínea, na realização de procedimentos cirúrgicos, exames diagnósticos, dentre outros de maior ou menor escala, como nas divergências medicamentosas e relacionamento do profissional com o paciente.

Dentre as falhas por ausência de identificação do paciente, destaca-se um procedimento de alto risco que são as hemotransfusões e infusões venosas de medicamentos, em estudos realizados em dois hospitais australianos de ensino, a verificação da identificação dos pacientes fora realizada menos de 50% de todas as infusões venosas o que pode acarretar em potencial fatalidade. Este estudo concorda com o de Victorian Managed Insurance Authority (2010), que refere a inadequação da identificação dos pacientes como uma das causas raiz de graves erros transfusionais. Além desses, Mannos (2003) relata que falhas na identificação do paciente foram citadas como causa raiz em mais de cem análises laboratoriais realizadas pelo "Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety" num período de quatro anos. Os locais mais comuns onde ocorreram foram: Salas de exames urológicos, banco de sangue, departamento de emergência, sala de espera, unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico.

O relato abaixo concorda diretamente com o estudo vigente, pois retrata o risco assistencial, as falhas decorrentes da ausência de identificação, a necessidade de educação permanente das partes envolvidas no processo e a necessidade emergente em se pensar no ato educativo através de ações em busca da qualidade assistencial para aos profissionais, anteriormente a fatos lastimáveis como este:

Muitos pacientes, incluindo pacientes extras, estavam programados para cirurgias de catarata. O cirurgião entrou na primeira sala de cirurgia e disse: 'Bom dia, senhor João Silva. Como o senhor está?' O paciente respondeu: 'Bem'; Mas o paciente a qual se referiu não era o Sr. João Silva. Depois de concluída a cirurgia, descobriu-se que o paciente tinha recebido a lente errada. O cirurgião removeu a lente errada do paciente e instalou a correta naquele mesmo dia."[...] "Dois pacientes com deficiência cognitiva estavam em leitos vizinhos na UTI - leitos três e cinco. Foi solicitada transfusão sanguínea para o paciente do leito três e informações corretas foram registradas no prontuário. No entanto, a técnica do laboratório colheu sangue do paciente do leito cinco. O tipo de sangue desta amostra não correspondeu ao arquivado na base de dados do banco de sangue. O técnico do banco de sangue, então, solicitou uma nova coleta. Uma auditoria na base de dados de sangue identificou outro seis movimentações semelhantes no ano anterior, todos identificados com base no registro históricos dos tipos sanguíneos no banco de sangue, que indicavam uma discrepância entra a amostra de sangue e os prontuários (MANNOS, 2003).

A adoção da identificação do paciente realizada neste estudo é corroborada por outros estudos em que os autores realçam sua relevância, com resultados muito expressivos, como no caso de um estudo realizado nos Estados Unidos, em hospital universitário do Malawi (EUA), o qual foi implementado um conjunto de ações visando melhoria na identificação dos pacientes. Dentre estas a instalação de um protocolo de identificação do paciente, capacitações para implementação e uso de pulseiras de identificação manuscritas contendo: nome do paciente, data do nascimento, número do setor hospitalar e da enfermaria, o que contrasta diretamente com a proposta intervencionista do trabalho em tela. No estudo realizado no hospital supracitado, após cinco meses de acompanhamento, foi observado que 65% dos pacientes usavam pulseiras de forma compatível com o proposto no protocolo LATHAM *et al.* (2012).

A adesão completa dos novos procedimentos de identificação dos pacientes, por parte dos profissionais foi raramente efetuado, foi usado como justificativa para o descumprimento deste: a falta de tempo, de pessoal, percebido com pouca importância a este procedimento, dentre os outros.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM AÇÃO

O quadro abaixo detalha o processo de implantação e os objetivos propostos, favorecendo assim, a exposição de um panorama detalhado das etapas percorridas para a realização da intervenção.

Quadro 1 – Operações sobre a “implantação do processo de identificação dos pacientes” relacionado ao problema vivenciado em um hospital.

Nó crítico 1	Necessidade de implantação do sistema de identificação dos pacientes na instituição acima referida
Operação	Criação do padrão hospitalar de identificação do paciente.
Projeto	PADRÃO DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL: IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL.
Resultados esperados	80% dos pacientes identificados a partir da admissão
Produtos esperados	Nenhum evento adverso ou sentinela registrado por ausência de identificação, indicadores coletados em 80% de conformidade
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe do Núcleo Assistencial, estagiários de enfermagem, equipe de enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: Sala para capacitação, data show, material para amostragem Cognitivo: Núcleo de Segurança do Paciente, Estagiários e Enfermeiros. Financeiro: Suprimentos Político: Secretaria Municipal de Saúde do município.
Recursos críticos	Licitações para compra do material
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerencia de Suprimentos Motivação: Implantação de Emergência/Multa do serviço
Ação estratégica de motivação	Capacitações com dados estatísticos relacionados a falhas no processo de identificação, implicação profissional e jurídica.
Responsáveis:	Núcleo de Segurança Assistencial, Enfermeiros supervisores e equipe de enfermagem
Cronograma/Prazo	Fevereiro 2015 - Aquisição dos materiais de identificação. (Suprimentos) Março 2015 - Sensibilização através de capacitação. (NSP) Março/Abril 2015 - Implantação do processo (Equipe de Enfermagem) Maio 2015 - Avaliação da efetividade através de indicadores (Supervisores de Enfermagem)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Através de indicadores referentes à identificação do paciente.

Fonte: Adaptado de CAMPOS *et al.* (2010)

A REBRAENSP (2013) recomenda que durante o processo de identificação do paciente seja estabelecido um sistema padronizado de informações, utilizando instrumentos que facilitem o processo de comunicação, como, por exemplo: protocolos. Com o intuito de estabelecer essa padronização no trabalho em tela, foi desenvolvido um Protocolo Operacional Padrão - POP (APÊNDICE 5) com base no protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente da Fiocruz/ANVISA de 2013 e nas solicitações do consórcio Brasileiro de acreditação de 2011. Assim ficou determinado os passos a serem seguidos para o procedimento de identificação, conforme descritos abaixo:

1. Higienizar as mãos.
2. Reunir o material necessário para realizar o procedimento;
3. Escrever na pulseira os seguintes dados: nome completo do paciente sem abreviaturas (conforme registro do mesmo na instituição) data de nascimento contendo dois algarismos para o dia e mês e quatro algarismos para especificar o ano de nascimento (DD/MM/AAAA);
4. Explicar o procedimento de identificação ao paciente e/ou acompanhante;
5. Solicitar a participação do paciente e/ou acompanhante na conferência dos dados antes de colocá-la no braço e antes de realizar qualquer procedimento;
6. Colocar a pulseira no braço esquerdo do paciente, observando seu ajuste;
7. Ajustar a pulseira se houver excesso dobrá-la, observar que os furos se ajustam ao pino do lacre;
8. Aplicar a pressão no botão de fechamento da pulseira para que, a mesma lacre;
9. Higienizar novamente as mãos;
10. Organizar a unidade.

Além dos passos citados acima, ficou estabelecido alguns pontos a serem seguidos pela equipe de enfermagem e demais profissionais que prestam assistência direta ao paciente:

- A pulseira será instalada no momento da admissão do paciente na instituição hospitalar, pelo enfermeiro responsável pelo setor de Classificação/Admissão;
- A pulseira utilizada será na cor branca para todo o hospital, feita com um material plástico maleável, permitindo ajustes quanto ao tamanho (APÊNDICE 6);

- A escrita será realizada na parte anterior da pulseira que possui uma tarja para registro dos dados do paciente escritos manualmente, com caneta azul ou preta e nunca com pincel;
- Os dados a serem registrados na pulseira serão o nome completo do paciente e a data de nascimento, com os quatro dígitos do ano de nascimento, trocada pulseira será realizada sempre que houver necessidade e o local de utilização desta foi padronizado no membro superior esquerdo, como referência e preferência, não restritivo a este;
- Todos os pacientes internados devem permanecer com a pulseira de identificação;
- A pulseira deve ser conferida com a participação do paciente e/ou acompanhante, pelos profissionais que o atendem (equipe de enfermagem, equipe do laboratório, médico e outros) sempre no primeiro contato do turno de trabalho, verificando a concordância dos dados entre a pulseira, identificação sobre o leito (APÊNDICE 7) e as informações coletadas com o paciente/acompanhante.
- Deve ser promovido o rodízio dos membros de acordo com as necessidades do paciente (edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares);
- Em caso de retirada da pulseira por algum evento adverso (hematoma, reação alérgica, nome errado e outros) é necessário registrar no prontuário do paciente o motivo da remoção da pulseira e realizar a notificação.

Na fase inicial da implantação do procedimento, enquanto as equipes ainda estavam se familiarizando com o novo sistema, percebeu-se em alguns casos que houve estrangulamento do membro referência de instalação da pulseira, devido ao travamento da pulseira de forma desnecessariamente justa, a utilização do pincel na escrita da pulseira que ao entrar em contato com fluidos, álcool, água levou à perda das informações. Ocorreu diversas vezes a retirada da pulseira, como por exemplo, no momento do banho, talvez pelo fato do profissional entender que aquela não seria impermeável ou até mesmo por necessidade de higienização sem a mesma e para realização de punção venosa sem a recolocação da mesma no paciente após a punção.

Como pode acontecer em todos os processos inovadores que exigem mudanças de comportamento e mobilização das pessoas para além da sua zona de conforto, encontrou-se resistência inicial, por parte dos técnicos de enfermagem quanto à aceitação do processo de identificação do paciente, porém avaliou-se que os resultados foram satisfatórios e a percepção

do benefício do procedimento de identificação pela equipe multiprofissional passou a ser bem aceito, com boa adesão.

Devido à ausência de um enfermeiro designado para atuar especificamente na educação permanente, nessa etapa complexa da implantação de um novo sistema de identificação, não foi possível uma abordagem em tempo real das falhas processuais. Foi solicitado à coordenação quanto à possibilidade de nova capacitação coletiva de todas as equipes para reforço do método inicial e novas orientações. Foi acordado que será reagendado novo encontro, com o mesmo público alvo. Até esta, o novo método será acompanhado diariamente pelo enfermeiro supervisor do setor.

Fonseca *et al.* (2005) descreve sob sua ótica, que a melhoria da qualidade assistencial é considerada um processo contínuo de identificação constante dos fatores dificultadores do processo de trabalho da equipe de enfermagem. Percebe-se uma maior preocupação desses profissionais assistenciais referente à construção e validação de indicadores, objetivando auferir a qualidade da assistência, que sejam passíveis de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflitam os diferentes contextos de sua prática profissional.

Diante do exposto, foi instituído durante e após o processo de implantação do projeto, indicadores que serão utilizados como forma de acompanhamento da implantação do mesmo, isso levantará fatores dificultadores durante o processo e subsidiará a tomada de decisão e a avaliação dos serviços de enfermagem, prestados na Instituição, propiciando o alcance de padrões mais elevados no que tange à qualidade do cuidado e da assistência integral ao ser humano em situação de tratamento de saúde e reabilitação.

Todo este trabalho teve como finalidade principal a segurança do paciente evitando causar danos ao mesmo sob cuidado da equipe multiprofissional dentro de um hospital, corroborando com a Organização Mundial de Saúde e a Portaria 529 que refere em seu 5º artigo inciso III sobre a inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente, com metas a serem cumpridas. Cabe lembrar que a monitorização dos indicadores não deve ser algo estanque e pontual e sim analisada no contexto de cada instituição.

Abaixo seguem as tabelas (FIG 1 e 2) referentes às coletas de indicadores que foi realizado no mês de abril após a implantação e capacitação dos funcionários pelas coordenadoras de enfermagem e enfermeiros responsáveis pelos setores de internação que serão responsáveis

pela continuidade desses indicadores até obtenção de 100% de conformidades nas informações contidas na pulseira e na identificação sobre o leito, os quais serão compilados e divulgados mensalmente pelos coordenadores setoriais. As não conformidades encontradas serão repassadas a equipe de enfermagem dos setores avaliados, cabendo a equipe implementar ações e medidas corretivas para melhoria dos índices obtidos.

Durante avaliação dos indicadores são considerados não conformidades na pulseira de identificação: todos os dados incompletos, nome incompleto ou com abreviatura, ausência da data de nascimento, ano com quatro dígitos, letra ilegível e ausência da pulseira. Quanto a identificação sobre o leito são considerados não conformidades: todos os dados incompletos, nome incompleto, ano com quatro dígitos, letra ilegível ausência do número de registro e ausência da placa de identificação

Figura 1: Modelo de tabela* utilizada para coleta de indicadores da verificação da Pulseira de Identificação

		CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE PULSEIRA DE PACIENTE																												SETOR:	EMERGÊNCIA					
		MÊS:																												RESPONSÁVEL:						
LEITOS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	LEITO 1A																																			
LEITO 1B																																				
LEITO 2A																																				
LEITO 2B																																				
LEITO 2C																																				
LEITO 3A																																				
LEITO 3B																																				
LEITO 3C																																				
LEITO 4A																																				
LEITO 4B																																				
LEITO 4C																																				
A.S.S. RESP.																																				
LEGENDA		C	PREENCHIMENTO CORRETO	NC2	AUSÊNCIA DN	NC3	ANOS / 4 DÍGITOS	NC4	LETRA ILEGÍVEL	NC5	AUSÊNCIA PULSEIRA/PLACA	EVENTO ADVERSO DEVE SER NOTIFICADO. : situação potencial de causar prejuízos ao paciente e danos relacionados aos cuidados à saúde, oriundos de processos falhos ou estruturas debilitadas da assistência. Ex: Garroteamento de pulseira causando hematomas, lesões cutâneas, registro de nome trocado e outros.																								

* Este documento foi criado pela equipe responsável pela implantação do método de identificação na instituição do estudo e aplicado como um "check list" pelos enfermeiros supervisores durante os plantões diurnos e noturnos, para avaliação de efetividade do processo de implantação. Sendo arquivado na sala da coordenação de enfermagem.

Figura 2: Modelo de tabela* utilizada para coleta de indicadores da Identificação do Paciente sobre o leito

		CHECK LIST DO ENFERMEIRO DE IDENTIFICAÇÃO SOBRE O LEITO																												SETOR:	EMERGÊNCIA	
		MÊS:																												RESPONSÁVEL:		
LEITOS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LEITO 1A																																
LEITO 1B																																
LEITO 2A																																
LEITO 2B																																
LEITO 2C																																
LEITO 3A																																
LEITO 3B																																
LEITO 3C																																
LEITO 4A																																
LEITO 4B																																
LEITO 4C																																
ASS. RESP.																																
LEGENDA	C	PREENCHIMENTO CORRETO						NC2	AUSÊNCIA DN						NC5	AUSÊNCIA PULSEIRA/PLACA																
	NC	TODOS DADOS INCOMPLETOS						NC3	ANOS/4 DÍGITOS						NC6	AUSÊNCIA DE REGISTRO																
	NC1	NOME INCOMPLETO						NC4	LETRA ILEGÍVEL																							

* Este documento foi criado pela equipe responsável pela implantação do método de identificação na instituição do estudo e aplicado como um "check list" pelos enfermeiros supervisores durante os plantões diurnos e noturnos, para avaliação de efetividade do processo de implantação da identificação do paciente sobre o leito. Sendo arquivado na sala da coordenação de enfermagem.

Após a coleta diária dos indicadores, durante um mês realizada pelos coordenadores e enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação, foi utilizado o cálculo de índice de conformidades tanto para pulseira de identificação quanto para identificação sobre o leito para fechamento do relatório mensal, esse cálculo é a relação do número de pacientes que estavam com pulseira de identificação sobre o número de pacientes internados por dia, multiplicado por 100, conforme fórmula abaixo da pulseira de identificação:

$$\text{Índice de pacientes com pulseira de identificação conforme} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes com pulseira de identificação conforme}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados / dia}} \times 100$$

Através do relatório destes indicadores considera-se que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados, pois, foi identificado mais de 80% (porcentagem da meta inicial) de conformidade na identificação dos pacientes internados (APÊNDICE 4) após 2 meses de

implantação da coleta aleatória nos setores, tanto de pulseiras de identificação quanto identificação sobre o leito. Obtendo as seguintes porcentagens de conformidades da identificação da pulseira nas alas de internação do hospital: 81% no Bloco C, 92,5% no Bloco F, Bloco G com 82,5%, Box Emergência 96,5%. Quanto à identificação sobre o leito: no Bloco A 84%, Bloco B 80%, Bloco C 87%, Bloco G 82,5%, Box Emergência 93% e UTI 83%. Sendo pertinente concluir que procedimentos relativamente simples podem significar diferenças e melhorias significativas nos serviços, tanto para quem os presta, quanto para aqueles que recebem os cuidados por parte das equipes assistenciais. As não conformidades mais encontradas durante a avaliação foram: data de nascimento com quatro dígitos, nome incompleto e letra ilegível.

A identificação do paciente constitui uma estratégia simples, porém efetiva, sendo um grande passo dado em busca da redução dos eventos adversos que ocorrem no hospital de estudo, porém, segundo Silva (2010) a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e mal planejados. Os sistemas fracassam em todo o mundo e desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada. A compreensão de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se propaguem, atingindo os pacientes e causando eventos adversos, permite à organização hospitalar rever os seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho e que tornam o sistema frágil e suscetível a erros (SILVA, 2010).

Diante do exposto, durante a implantação da identificação do paciente no hospital, sentiu-se a necessidade de introduzir no projeto a ficha de notificação dos eventos adversos conforme APÊNDICE 8, que atende a RDC nº 36 de 2013.

Na resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da vigilância, do monitoramento e da notificação de eventos adversos:

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

A princípio a ficha de notificação de eventos adversos foi interpretada pelos funcionários envolvidos como forma pejorativa de denúncia ao trabalho incorreto do colega. Para adaptação e obtenção do resultado esperado foi-se necessário a orientação dos supervisores sobre a importância e necessidade da notificação dos eventos, trazendo para os colaboradores a cumplicidade do resultado final positivo, assim foi possível novamente alavancar rumo a meta proposta no início do processo. Além de atender a resolução, o conhecimento e mensuração dos eventos adversos ocorridos durante a assistência possibilitará a visualização dos problemas e a criação de métodos seguros que possam minimizar a ocorrência de falhas decorrentes do processo de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente resulta do esforço e comprometimento diário das equipes multiprofissionais, também de processos, sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos. É significativo o esforço contínuo para as boas práticas assistenciais, referentes a uma política de segurança no cuidado à saúde.

Acredita-se que a implantação do procedimento de identificação do paciente hospitalizado, como proposta de educação permanente realizado nesta intervenção, contribuirá significativamente para o gerenciamento do risco assistencial e como ato educativo aos colaboradores. Proporcionando maior segurança para equipe multiprofissional nos processos de cuidado, quanto para pacientes. Assim aderindo os padrões preconizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, que trazem a identificação, como componente essencial das boas práticas e à qualidade da assistência à saúde.

Cabe destacar o caráter transformador de práticas cristalizadas e que tal marco pode gerar nas equipes de enfermagem e de saúde em geral, algumas resistências iniciais, uma vez que exige mudanças no olhar sobre o processo assistencial e, simultaneamente, o deslocamento dos profissionais de sua zona de conforto que em alguns casos já têm longa duração. Trata-se, portanto, de mudança de cultura, de comportamento humano, o que não é tarefa simples, muito menos de curtíssimo prazo.

Constata-se, ainda ser muito relevante que a monitorização de todo esse processo seja efetiva e ininterrupta, para que assim contribua garantindo a qualidade da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, para o atendimento das expectativas e necessidades dos usuários da instituição hospitalar, cenário deste trabalho.

As vantagens contidas no procedimento em pauta podem ser atribuídas ao fato de que promovem a segurança do paciente, como por exemplo, o sistema de identificação do paciente hospitalizado por meio de pulseiras e são medidas possíveis de serem implantadas nas diversas unidades das instituições hospitalares, a fim de favorecer a qualidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde, e conseqüentemente sua qualidade de vida, por meio de maior segurança, recuperação e alta hospitalar mais rápida do paciente, com uma relação custo-benefício mais adequada e benéfica à instituição.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde - ANVISA. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 12 de Março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 1º de Abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 06 de Abril de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 03: **Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Protocolo Coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com a FIOCRUZ e FHEMIG. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identificac%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>>. Acesso em : 5 de maio 2015

CAMPOS, F.C. C; FARIA, H.P ; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ª Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente (REBRAENSP). **10 Passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

CQH - **Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar: manual de orientação aos hospitais participantes**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

DONABEDIAN, A. **The quality of medical care**. Science, 1978, p.856-864.

FONSECA, A.S.; YAMANAKA, N.M.A.; BARISON, T.H.A.S.; LUZ, S.F. **Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar**. Mundo Saúde. 2005; 29(2):161-8.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional** – Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007). São Paulo: FNQ/CQH; 2006.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, S.G.M.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan.-fev. 2015;23(1):36-43. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf>. Acesso em: 03 de Junho 2015.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C.A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Rev. Adm. Saúde**. 2002; 4(16):27-32.

LATHAM T, MALOMBOZA O, NYRIENDAL, ET AL. **Qualidade na prática, implantação de linhas guias de identificação do paciente no hospitais de Malawi Int. primeiro cuidados de saúde publicados online**. 25 de julho, 2012.

MACHADO, M. T. Tecnologias na Identificação de Pacientes. **Jornal hospitalar eletrônico**. 10 março, 2003. Cad. Opinião. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/opiniao/opiniao_1152.html>. acessado em 29 de Março 2015.

MANNOS D. N.C.P.S. **Estudo de identificação do paciente um resumo da análise das causas raízes**. VANCPS. Tópicos na segurança do paciente. Washington, DC, Estados Unidos, Julho; 2003.

MIASSO, A.L.; CASSIANI, M.H.B. **Erros na administração de medicamentos: Divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes**. **Rev. Esc. USP**, v.34, p. 16-25, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342000000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 de maio 2015

OLIVEIRA, R.M.; LEITÃO, I.M.T.A.; SILVA, L.M.S.; FIGUEIREDO, S.V.; SAMPAIO, R.L.; GONDIM, M.M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Rev de Enferm Esc Anna Nery**,18(1):122-129, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>>. Acesso em: 03 de Junho 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Identificação do paciente. As soluções de segurança do paciente**. Volume 1, solução 2. Maio 2007.

PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR – CQH. **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH./ Programa de Qualidade Hospitalar**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006, 40p. Disponível em: <

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Manual%20de%20Indicadores%20NAGEH%20-%20V.FINAL.pdf>. Acesso em: 19 de Abril 2015

REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). **Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. São Paulo, SP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente; 2009. 4f. Digitado. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 22 de Fev. 2015.

REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente). **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 422-4, set. 2010. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>>. Acesso em: 03 de Junho 2015.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. **A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem**. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 7, p. 75-88.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG. Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS: **Planejando práticas pedagógicas emancipadoras**. Módulo 9. Pós graduação em Enfermagem, 2015.

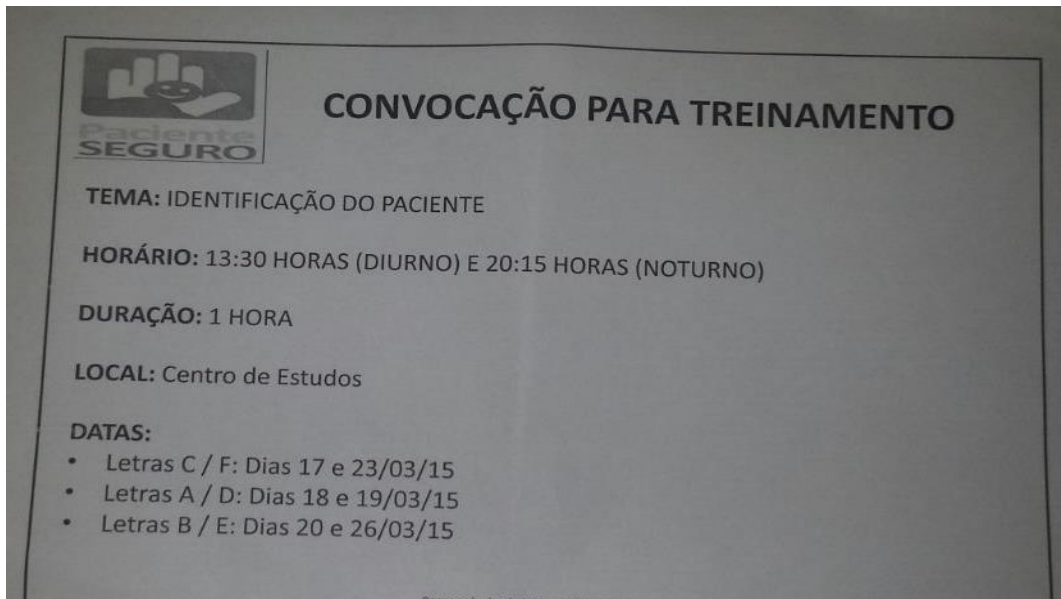
VICTORIAN MANAGED INSURANCE AUTHORITY (VMIA). **Minimização dos efeitos nocivos na transfusão de sangue. Investigação dos fatores humanos por trás do sangue errado em tubos**. (WBIT) eventos do departamento de emergência. VMIA 2010.

WESTBROOK, J.L.; ROB, M.L.; WOODS, A.; PARRY, D. **Erros na administração intravenosa de medicamentos hospitalares e o papel dos procedimentos corretos e experiências em enfermagem**. *BMJ.Qual.Saf.* 2011;20: 1027 e 1034

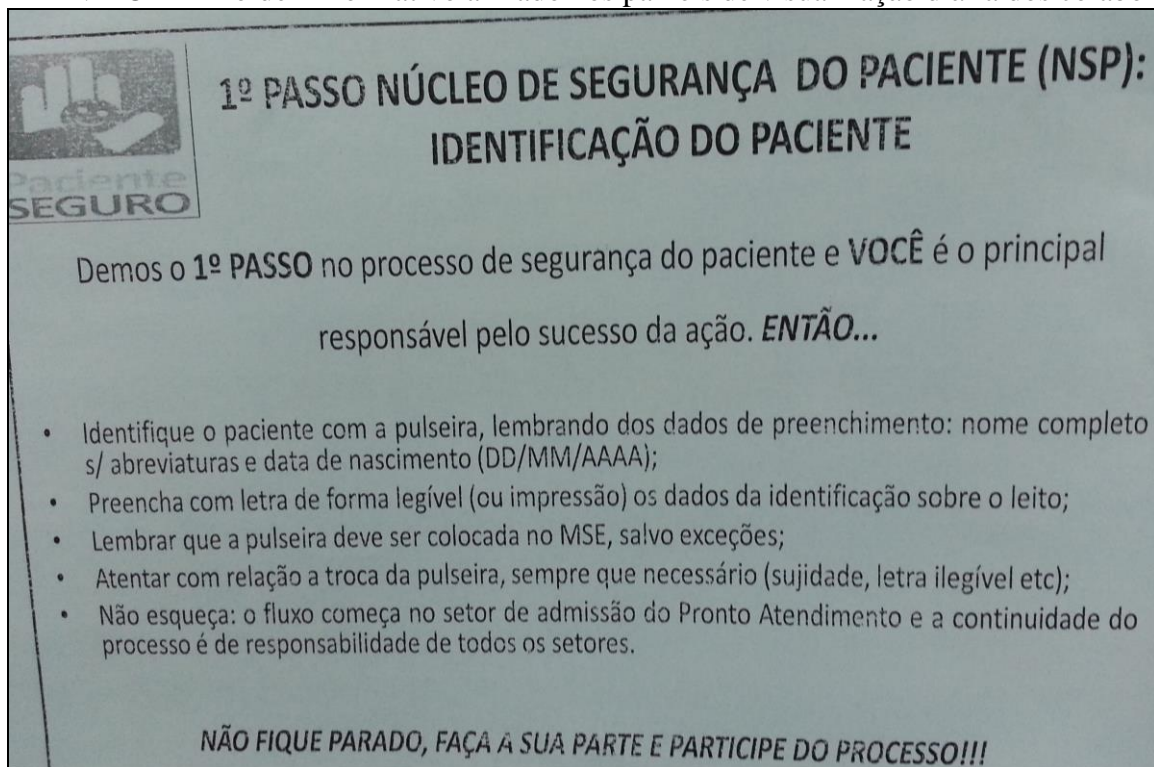
WHO - World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Edição: Ashish Jha. 2009.

APÊNDICE


APÊNDICE 1 – Modelo de convocação para capacitação afixada nos setores de internação



APÊNDICE 2 - Folder informativo afixado nos painéis de visualização diária dos colaboradores



APÊNDICE 3 - Folder informativo afixado nos locais de coleta de indicadores, enfatizando o cumprimento de metas, proposta do ato educativo realizado após as capacitações.



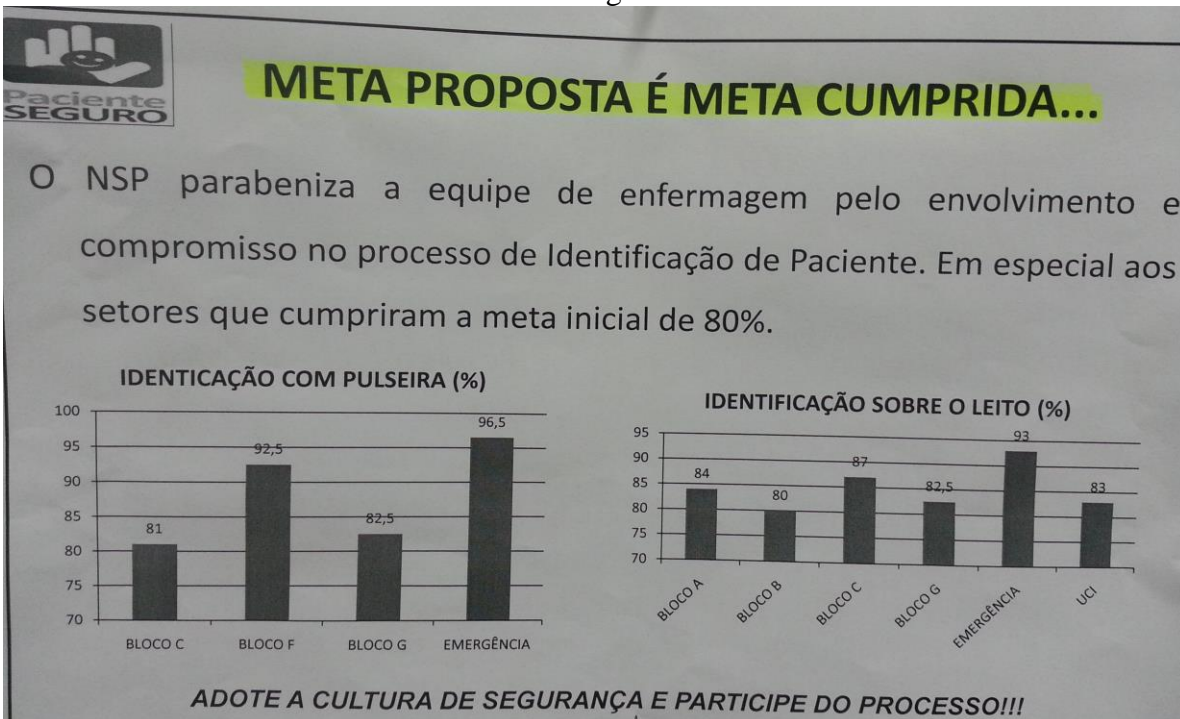
PARTICIPE CONOSCO...

O **1º Passo** já foi dado, você e sua equipe não podem ficar de fora. Cumpra a META proposta pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e confira semanalmente a colocação do seu setor no quadro de aviso próximo ao cartão de ponto.

LEMBRE-SE: Trabalho SEM Risco é Trabalho SEGURO para você e para o paciente.

ADOTE ESSA IDEIA E PARTICIPE DO PROCESSO!!!

APÊNDICE 4 - Folder de divulgação das metas e porcentagem destas referente a cada unidade de negócio.



APÊNDICE 5 - Procedimento Operacional Padrão - POP de identificação do paciente utilizado
no hospital de
estudo

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		SETOR	ESTABELECIDO EM	
TÍTULO	PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	SERVIÇO DE ENFERMAGEM NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	PÁG.	1 / 3
			POP N.º:	
I – CONTROLE HISTÓRICO				
ELABORAÇÃO	Clique aqui para digitar texto.	VERIFICAÇÃO	REVISÃO:	01
	Clique aqui para digitar texto.		DATA:	
	Clique aqui para digitar texto.	APROVAÇÃO	N. PÁG.:	3
	Clique aqui para digitar texto.		VALIDADE:	02 anos
CONCEITO				
<ul style="list-style-type: none"> O sistema de identificação de pacientes é o método através do qual são feitos os registros de elementos que garantam a identificação positiva, ou seja, única e exclusiva do paciente. Essa identificação é parte do cuidado e assegura a qualidade assistencial e a difusão de uma cultura de segurança para os pacientes, para os profissionais e para a instituição. 				
OBJETIVOS				
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina; Garantir a correta identificação do paciente; Reduzir ocorrência de incidentes. 				
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS				
<ul style="list-style-type: none"> Equipe de Enfermagem 				
PERIODICIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> No momento da admissão de pacientes internados no Hospital Municipal Eliane Martins (Setor de Admissão de Paciente do Pronto Atendimento). O paciente encaminhado diretamente para o Box de Emergência deverá receber a pulseira de identificação neste setor; Sempre que a identificação for retirada; Sempre que a identificação apresentar danos. 				
INDICAÇÕES				
<ul style="list-style-type: none"> Indicado para todos pacientes internados no Hospital Municipal Eliane Martins. 				
MATERIAL NECESSÁRIO				
<ul style="list-style-type: none"> Pulseira branca de identificação do paciente (modelo institucionalizado); Caneta esferográfica na cor azul ou preta 				

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		SETOR	ESTABELECIDO EM	
	PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	SERVIÇO DE ENFERMAGEM NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	PÁG.	2 / 3
			POP N.º:	
DESCRIÇÃO TÉCNICA				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienizar as mãos, conforme POP-SE-0001; 2. Reunir o material necessário para realizar o procedimento; 3. Escrever na pulseira os seguintes dados: nome completo do paciente sem abreviaturas (conforme registro do mesmo na instituição – BPA), data de nascimento contendo dois algarismos para o dia e mês e quatro algarismos para especificar o ano de nascimento (DD/MM/AAAA); 4. Explicar o procedimento de identificação ao paciente e/ou acompanhante; 5. Solicitar a participação do paciente e/ou acompanhante na conferência dos dados antes de colocá-la no braço e antes de realizar qualquer procedimento; 6. Colocar a pulseira no braço esquerdo do paciente, observando seu ajuste; 7. Ajustar a pulseira, se houver excesso dobrá-la, observar que os furos se ajustam ao pino do lacre; 8. Aplicar a pressão no botão de fechamento da pulseira para que a mesma lacre; 9. Higienizar novamente as mãos; 10. Organizar a unidade. <p>OBS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os pacientes internados devem permanecer com a pulseira de identificação, que deve ser conferida com a participação do paciente e/ou acompanhante, pelos profissionais que o atendem (equipe de enfermagem, equipe do laboratório, médico e outros) sempre no primeiro contato do turno de trabalho; verificando a concordância dos dados entre a pulseira, identificação sobre o leito e as informações coletadas com o paciente/acompanhante; • Deve ser promovido o rodízio dos membros de acordo com as necessidades do paciente (edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares); • Em caso de retirada da pulseira por algum evento adverso (hematoma, reação alérgica, nome errado e outros) é necessário registrar no prontuário do paciente o motivo da remoção da pulseira. 				
CUIDADOS ESPECIAIS				
<ul style="list-style-type: none"> • A colocação de pulseira nos membros inferiores deverá ser utilizada se houver impossibilidade de colocar nos membros superiores; • Em situações especiais como grandes queimados a identificação deverá ser unicamente sobre o leito do paciente, contendo os seguintes dados: nome completo sem abreviação, data de nascimento, data de internação e nº do prontuário; • 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; • Em caso de pulseira danificada, letra ilegível e/ou remoção precoce deverá ser realizada nova pulseira de identificação no setor que o paciente estiver internado; 				

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		SETOR	ESTABELECIDO EM	
TÍTULO	PROTÓCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	SERVIÇO DE ENFERMAGEM NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	PÁG.	3 / 3
			POP N.º:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • O registro dos identificadores do paciente podem ser manuscritos ou impressos, sendo importante considerar: letra legível, impressão durável e tinta de caneta indelével. 				
DOCUMENTOS CORRELATOS (NORMAS, RESOLUÇÕES, LEIS E ARTIGOS)				
<ul style="list-style-type: none"> • Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Metas Internacionais de Segurança do paciente. Rio de Janeiro: 4ª Ed: 2011. • HOFFMEISTER, L. V. Uso de Pulseiras de Identificação em Pacientes Internados No Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69753/000872987.pdf?sequence=1. Acesso em: 30 de janeiro de 2015. • MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Identificação do Paciente. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_identificacao_do_paciente.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2015. 				

APÊNDICE 6: Pulseira de Identificação padronizada na referida instituição do trabalho.



APÊNDICE 7: Placa de Identificação sobre o leito padronizada na referida instituição do trabalho

	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	LEITO:
NOME:		
DATA NASCIMENTO:		IDADE: ANOS
DATA INTERNAÇÃO:		Nº REGISTRO:
DATA INTERNAÇÃO SETOR:		
MÉDICO (A):		

APÊNDICE 8 – Ficha de notificação de eventos adversos

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS ASSISTENCIAIS	
DADOS DO PACIENTE	
INICIAIS:	REGISTRO:
SETOR:	LEITO:
DADOS DO EVENTO ADVERSO	
EVENTO OCORRIDO:	
DATA DO EVENTO:	HORARIO DO EVENTO:
CAUSA DO EVENTO (DETALHAR OS ENVOLVIDOS, MOTIVO, DADOS DO EQUIPAMENTO OU MATERIAL OU MEDICAMENTOS)	
CORREÇÃO (AÇÃO IMEDIATA PARA MINIMIZAR O IMPACTO DO EVENTO OCORRIDO):	
NOTIFICADOR (OPCIONAL):	