https://www.duxeducare.com.br/

DuxEducare

REVISTA DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS E SÁUDE

https://www.duxeducare.com.br/ Vol.1 D.O.I 10.5281/zenodo.16927892

A SEGURANÇA DO PACIENTE COM FOCO NA ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA/CE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Sandra Costa Lima Borges[1]

RESUMO

A identificação do paciente tem como função reduzir a ocorrência de incidentes. O enfermeiro é o profissional que permanece a maior parte do tempo em contato com o paciente na unidade hospitalar; é um dos principais profissionais engajados no gerenciamento de riscos podendo ser a "chave" que abre portas para garantir um atendimento com maior qualidade e segurança. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implantação de processos de identificação do paciente. A presente pesquisa teve como objetivo geral elaborar um instrumento de segurança do paciente com foco na identificação de pacientes em um hospital público de Fortaleza/CE na perspectiva dos enfermeiros obstetras. O estudo teve como cenário para obtenção dos dados uma instituição de saúde, hospital geral de Fortaleza da rede pública de nível terciário situado na cidade de Fortaleza-CE Brasil. Tratou-se de um estudo qualitativo e descritivo. Fizeram parte da pesquisa enfermeiras obstetras do Hospital Geral de Fortaleza, teve como critério de inclusão enfermeiras que trabalhavam há mais de um ano na instituição. Os dados foram coletados utilizando roteiro semiestruturado contendo questões norteadoras, abertas e fechadas. A análise dos dados se fez após a leitura e transcrição detalhada das respostas das entrevistadas, organizando-os em categorias empíricas e fundamentados na literatura relacionada. Respeitando todos os aspectos éticos conforme a resolução 466/12. A presente pesquisa aponta a partir do processo investigativo, reflexões sobre a importância da identificação de pacientes como uma das formas de garantir a segurança das mesmas. Observou-se que a identificação de pacientes está em todos os momentos de sua permanência na unidade hospitalar, desde o momento inicial de admissão até a alta. A identificação de pacientes é um instrumento de humanização, pois ao tratar cada paciente pelo nome cria um elo de aproximação, um vínculo entre o profissional e o paciente. A identificação do paciente é uma ferramenta que proporciona a segurança do mesmo. Pois, facilita para que o procedimento correto seja realizado no paciente para o qual se destina. Conclui-se então, que a elaboração e utilização do referido instrumento facilita ao enfermeiro seguir o processo de identificação de pacientes, protocolando cada etapa da identificação a fim de que o mesmo tenha uma função recordatória de checagem e conferencia do processo.

Palavras chave: Enfermeira; Identificação; Pacientes; Segurança.

---

[1]Doutora em Saúde Pública. Universidad de la Integracion de las Americas (UNIDA), Assunção/PY.

1.INTRODUÇÃO

O que é necessário para elaboração de um instrumento de segurança do paciente com foco na identificação de pacientes em um hospital público de Fortaleza/CE na perspectiva dos enfermeiros obstetras?

A ideia de pesquisar sobre o referido assunto para tentar responder o questionamento acima citado, surgiu de observações sobre notícias do Ministério da saúde numa preocupação nacional em garantir melhores condições de segurança a pacientes internados em unidades hospitalares. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), existem seis pontos prioritários referentes ao aspecto de Segurança do paciente. São eles: Identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir os riscos de quedas e úlceras por pressão. Nesse sentido, há a constatação de que os profissionais de enfermagem dentro de uma instituição hospitalar, são os profissionais que passam maior tempo com as pacientes prestando cuidados contínuos vinte quatro horas por dia. Desta forma quanto maior a qualidade dos serviços prestados por enfermeiros, mais abrangente será a segurança das pacientes.

A identificação do paciente é feita geralmente pelo enfermeiro e isto nos faz pensar e a questionar sobre quais tipos ações estão sendo feitas por enfermeiros para garantir a identificação correta de pacientes obstetras? Qual nível de conhecimento desses profissionais sobre o aspecto da importância da identificação das pacientes para segurança dos mesmos? Com esses questionamentos em mente e a busca incessante em conhecer os aspectos relativos à segurança das pacientes obstetras dentro de uma instituição hospitalar foram os motivos que impulsionaram para realização desta pesquisa. A presente pesquisa foi então planejada e direcionada para a elaboração de um instrumento de segurança do paciente com foco na identificação de pacientes em um hospital público de Fortaleza/CE na perspectiva dos enfermeiros obstetras.

A agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) cita seis pontos prioritários de segurança dos pacientes: Identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir os riscos de quedas e úlceras por pressão. De acordo com o consorcio brasileiro de acreditação, a identificação correta do paciente é de extrema importância, pois minimiza as possibilidades de erros. É um 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 possam causar danos ao mesmo. Os 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. (CBA 2011).

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. Faz se necessário orientar ao paciente, acompanhante, familiar ou o cuidador para envolvê-los no processo de identificação correta, explicando os propósitos da identificação correta e da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado. A confirmação da identificação do paciente deverá ser realizada antes do cuidado. Isto 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. Desta forma, 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. (SMITH, 2011)

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente. 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. 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. (WALES, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. As organizações hospitalares dos dias atuais estão cada vez mais atentas a necessidade de assegurar um atendimento de qualidade que possa garantir a segurança do paciente. O gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implantação de medidas de prevenção a exposição aos riscos, bem como aos danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde. O enfermeiro é o profissional que permanece a maior parte do tempo em contato com o paciente na unidade hospitalar é um dos principais profissionais engajados no gerenciamento de riscos podendo ser a “chave” que abre portas para garantir um atendimento com maior qualidade e segurança. Atualmente o assunto segurança do paciente tem recebido destaque internacional, como um problema pertencente ao sistema de saúde em todos os países. Entretanto, a relação entre os processos de cuidados de saúde e os resultados provenientes dos mesmos não constitui um dilema simplesmente associado aos avanços tecnológicos. Há relatos na literatura que

desde os primórdios já havia a preocupação com a segurança de pacientes em situações diversas. (WHO, 2011).

Shell (2008), refere os cuidados com a segurança do paciente ocorre desde tempos remotos, em 1854 durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale colheu dados sobre a mortalidade de soldados, e percebeu que muitos deles estavam morrendo por complicações patológicas evitáveis adquiridas no hospital, com uma taxa de mortalidade mais elevada do que a que estava ocorrendo entre os soldados nos campos de batalha. Após introduzir ações para melhorar a higienização e a padronização dos cuidados de saúde, Florence conseguiu reduzir a taxa de mortalidade entre os soldados no hospital.

Health and Safety Comission 1993, refere que a terminologia "cultura de segurança" cresceu a partir de o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear; uma "cultura de segurança fraca" foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a International Atomic Energy Agency (IAEA). A cultura de segurança foi então conceituada como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que determinam o estilo, a proficiência e o compromisso da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas.

Flin et al. (2000) refere que depois do acidente de Chernobyl, dois acidentes graves, o Piper Alpha e o King Cross, relacionaram falhas humanas, administrativas e organizacionais às falhas de cultura de segurança como causas dos acidentes em seus respectivos relatórios.

Desde então, as questões referentes à cultura de segurança passaram a serem discutidas por diversas indústrias com a finalidade de melhorar a segurança, especialmente, pelas organizações de alta confiabilidade, conhecidas por serem extremamente seguras e consideradas de alto risco, como a indústria da aviação, da energia nuclear, e de óleo e gás (COX & FLIN, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua os fatores contribuintes ao cuidado inseguro como circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de um incidente; e afirma que um simples incidente de segurança do paciente é tipicamente a consequência da combinação de mais de um fator contribuinte. Os fatores contribuintes aos cuidados inseguros constituem os fatores relacionados aos pacientes (co-morbidades, limitações físicas e mentais), fatores humanos (relacionados aos profissionais), fatores relacionados ao sistema (organização, cultura, ambiente de trabalho) e fatores externos à organização (WHO, 2009).

Pedreira (2006) refere que o cuidado prestado ao cliente é complexo, por isso os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados. O referido autor observa que na maioria das vezes o cuidado é prestado de forma bem-sucedida, entretanto, por mais preparada e capacitada que uma equipe de trabalho esteja, erros poderão acontecer, pois errar faz parte

da natureza humana. E que os riscos aumentam quando “práticas, procedimentos, protocolos, rotinas, técnicas e equipamentos utilizados pelos trabalhadores forem inadequados, complexos e por si só inseguros”. Porém, devemos aprender com o erro, não o tratar de forma punitiva, mas criar estratégias para preveni-lo criando uma “cultura de segurança do paciente”.

Fassini (2012) refere que o ambiente hospitalar contém diversos riscos à saúde dos pacientes, os quais podem agravar seu estado de saúde. Portanto, cabe aos profissionais identificar os riscos à saúde presentes em cada unidade, garantir a segurança dos pacientes e o restabelecimento de sua saúde, bem como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estadia na instituição. O cuidado é considerado a essência do trabalho da enfermagem e precisa ser realizado sem causar dano, de modo a atender o cliente de maneira integral, desta forma, é responsabilidade dos profissionais da saúde garantir um cuidado seguro ao cliente, qualificando assim a assistência de enfermagem. O referido autor cita que baseado nesses fatos, o médico húngaro Semmelweiss considerou, pela primeira vez, que a febre puerperal era causada por “partículas cadavéricas”, transmitidas pelas mãos dos estudantes e médicos. Assim, desde a era Semmelweiss, a grande preocupação com a busca das causas relacionadas à alta mortalidade puerperal decorrentes do cuidar em saúde ganhou maior evidência.

Feldman (2004) refere que se nos questionarmos sobre quando começou a preocupação com os danos decorrentes do cuidado prestado ao ser humano, provavelmente, poderemos alcançar várias respostas, dependendo do momento histórico em que nos fundamentamos. Pelo método dedutivo, verificou, baseando-se várias hipóteses, que a taxa de morbidade e mortalidade entre mulheres atendidas pelos estudantes de medicina era maior do que entre aquelas atendidas pelas parteiras.

Feldman (2008) observou que a diferença no cuidado estava relacionada ao fato de que os estudantes de medicina se dirigiam diretamente da sala de autópsia para as salas de partos, sem nenhum cuidado com as mãos após manipulação de vísceras das pacientes que haviam falecido em decorrência da febre puerperal, o que não ocorria com as parteiras, pelo fato destas não frequentarem as salas de necropsia. O autor se refere a notoriedade de Semmelweiss que passou a ser conhecido como o Pai da Epidemiologia, se deve, em parte, à implementação de algumas ações reconhecidas como as primeiras iniciativas visando à segurança do paciente, tais como a obrigatoriedade da lavação de mãos antes do contato com as pacientes, pela colocação de uma bacia na entrada da enfermaria, e a fervura dos instrumentais.

Segundo Sorra & Nieva (2004), a cultura de segurança é cada vez mais valorizada no âmbito das organizações de saúde, pois a sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade voltada à segurança. Nesse sentido, o autor infere que a cada dia que passa a cultura de segurança é cada vez mais valorizada no âmbito das organizações de saúde, pois a sustentabilidade de uma cultura de segurança positiva orienta o comportamento dos profissionais de saúde na construção de uma visão de alta prioridade voltada à segurança.

Segundo Leape et al. (1991) a cultura da culpabilidade existentes nas organizações de saúde deve dar lugar a uma cultura voltada à aprendizagem a partir dos erros, onde as informações decorrentes dos mesmos sejam partilhadas. Para isso é de

fundamental importância reconhecer a falibilidade humana, conhecer os erros os quais ocorrem no ambiente de trabalho e, a partir daí possibilitar alterações no delineamento dos sistemas de prestação de cuidados, reduzindo os fatores contribuintes ao cuidado inseguro.

A presente pesquisa foi realizada com uma amostra de enfermeiros obstetras de um Hospital Público de Fortaleza, através de uma entrevista com um roteiro semiestruturado sobre as práticas de segurança de pacientes internadas na unidade hospitalar, focando o aspecto da identificação de pacientes. A pesquisa foi aplicada nos setores de emergência obstétrica; internação obstétrica; pré-parto e centro obstétrico.

Legitima-se o mérito desta pesquisa, por reconhecer a importância em garantir a segurança de pacientes obstetras internadas em unidade hospitalar. Sabe-se que a identificação correta de um paciente influencia em todo o atendimento que o mesmo receberá dentro do hospital. Pois uma deficiência na identificação do paciente poderá ocorrer erros na prescrição de medicamentos e cuidados. Onde o maior benefício da correta identificação é a garantia de que os procedimentos e cuidados sejam realizados no paciente ao qual se destina.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Identificação do paciente

A Organização Mundial da Saúde tem como meta número um a identificação correta do paciente, desta forma as instituições de saúde estão investindo em ações que primem pela qualidade assistencial e busquem a difusão de uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e ambientes. Com o intuito de reduzir os erros e aumentar o número de práticas seguras, estas mudanças estão focadas nas seis metas de segurança do paciente, preconizadas pela OMS. Atualmente observa-se que os serviços de saúde adotam diferentes maneiras de identificar os pacientes, desta forma, a utilização de pulseiras, placas nas cabeceiras, adesivos nas roupas e crachás são estratégias que passaram a fazer parte de muitas unidades de saúde. WHO (2007)

A Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA) criou protocolos de ação como forma de padronização e garantia de maior qualidade e abrangência nos serviços e cuidados com os pacientes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele seja destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam prejudica-lo. Os 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 mesmo, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente (CBA 2011).

Para Brasil (2014), é através do processo de identificação do paciente se assegura ao paciente que o mesmo será destinado de forma correta e segura a um determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo que aconteçam erros e enganos que causem danos ao paciente. Nesse sentido, os erros de identificação do paciente podem acontecer desde a admissão até a alta do serviço, ou seja, em todas as fases do diagnóstico ao

tratamento. Existem alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como, por exemplo, o estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição.

De acordo com Moura (2013), no momento de ingresso do paciente no sistema de atendimento podem ocorrer equívocos. A entrada de dados com erros no cadastro informatizado pode comprometer todo o processo de atendimento.

Já Smith (2011) infere que, o processo de identificação através da conferência dos dados da pulseira, do cadastro e das informações confirmadas pelo paciente pode ser visto como uma etapa de extrema importância na interação entre paciente e equipe de saúde. Os erros podem persistir caso os pacientes não estejam com a pulseira ou com pulseira sem informação confiável para a identificação.

A identificação do paciente repercute em todos os cuidados nos quais o mesmo irá receber durante seu período de internação hospitalar. Dentro de uma unidade hospitalar, as ações realizadas pelos profissionais são feitas a partir da prescrição. Desta forma, uma prescrição com identificação incompleta ou errada poderá trazer consequências catastróficas para o paciente. Esse meio consiste em uma das principais intervenções para garantia de uma prescrição segura na qual a ambulatorial deve conter, no mínimo, as seguintes informações: Nome completo do paciente; endereço; data de nascimento. Já 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; andar/ala. Todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. (NASCIMENTO, 2013)

Em adição, Nascimento (2013) comunica que 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.

Neves (2008) refere que a Prescrição é a transcrição do planejamento terapêutico, no formato de comandos, a serem executados pela equipe de apoio no tratamento do paciente. Se a mesma não estiver com os dados de identificação dos pacientes preenchidos de forma correta ocorrem os erros de prescrição que são comuns. Uma análise sistemática recente estimou a incidência desses erros numa mediana de 7% das solicitações de medicações, 52 erros por 100 admissões e 24 erros para cada 1000 pacientes por dia.

Em Néri (2011), 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. Não somente a identificação do paciente é importante, mas também a identificação do prescritor na prescrição 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, também deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

2.2 A identificação do paciente como um dos meios para assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

A Organização Mundial da Saúde criou a lista de verificação de cirurgia segura com o objetivo de minimizar erros referentes a procedimentos realizados em pacientes. Baseado nisso, a Anvisa desenvolveu um protocolo de orientação com o intuito de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde. (WHO, 2011).

Ronsmans (2006), refere que o volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano.

Zegers (2011) cita que nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte.

Segundo Vries (2008), a revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico.

Para Joint (2006), as taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%5. Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido.

A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde. Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano 6,7. Uma análise de eventos sentinelas relatadas pela Joint Commission (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados. (JOINT, 2006).

De acordo com Healy (2012), a literatura corrobora com a suposição de que a cirurgia em local errado é mais comum em certas especialidades, particularmente em

cirurgias ortopédicas. Em um estudo com 1.050 cirurgiões de mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras. Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas demostraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados.

Para Cowell (1998), existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%. A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso.

WHO (2009), nos últimos quatro anos, com o apoio da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (Patient Safety Strategies - PSSs). O estudo indicou a implementação de 22 estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como fortemente recomendada.

Para Zegers (2011), o protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.

O protocolo de segurança do paciente trata especificamente da utilização sistemática da lista de verificação de cirurgia segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgico desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. (BRASIL, 2013).

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases: primeira antes da indução anestésica; segunda antes da incisão cirúrgica; e terceira antes do paciente sair da sala de cirurgia. Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução. Antes da indução anestésica o condutor da Lista de Verificação deverá revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação; o procedimento e o local da cirurgia estão corretos; o consentimento para cirurgia e a anestesia; Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação; confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento. Revisar verbalmente com o anestesiologista, o risco de perda sanguínea do paciente,

dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída. (WHO, 2011).

Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica) neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos: apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função; confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto; revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia; confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica; confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários. Antes de o paciente sair da sala de cirurgia a equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos: a conclusão da contagem de compressas e instrumentais; identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida; revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas; revisão do plano de cuidado e as providencias quanto à abordagem pós operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia. Antes da indução anestésica essa etapa requer que antes da indução anestésica a presença do anestesiologista e da equipe de enfermagem. Devendo seguir as seguintes etapas: confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado. O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. (BRASIL, 2013)

Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função. Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico. Verificar a segurança anestésica, o condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiologista que confirme a conclusão da verificação de segurança anestésica. Verificar o funcionamento do monitor multiparamétrico, Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente. Verificar alergias conhecidas, o condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar se o anestesiologista tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tem conhecimento sobre uma alergia que o anestesiologista desconheça, esta informação deverá ser comunicada. (HEALY, 2012).

Demarcar o sítio cirúrgico, a identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. Sempre que possível tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica. O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada

no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta demográfica. (BRASIL, 2013).

Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica). A Pausa Cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe. Identificar todos os membros da equipe O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar. Confirmar verbalmente a identidade do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento. Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiologista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente. Verificar a previsão de eventos críticos O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios. (BRASIL, 2013).

Prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea. O cirurgião deverá informar à equipe quais são as etapas críticas e os possíveis eventos críticos e a perda sanguínea prevista. Revisar eventuais complicações anestésicas O anestesiologista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc. (WHO, 2011).

Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura. O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem-sucedida. Além de verificar se as condições dos equipamentos, bem como infraestrutura tenham sido avaliadas pela enfermagem. Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana O condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiologista) deverá realizar a confirmação verbal. Verificar exames de imagem O condutor deverá perguntar ao cirurgião se exames de imagem são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia. (HEALY, 2012).

Antes de o paciente deixar a sala de cirurgia confirmar o nome do procedimento. O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado. Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com

cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada. (BRASIL, 2013).

Confirmar a identificação da amostra. O profissional de enfermagem deve confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras. Documentar problemas com equipamentos. O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe. Rever as medidas para a recuperação pós-operatória. O cirurgião, o anestesiologista e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação. (HEALY, 2012).

Estratégias de monitoramento e indicadores. Percentual de pacientes que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado; número de cirurgias em local errado; Número de cirurgias em paciente errado; Número de procedimentos errados; Taxa de mortalidade cirúrgica intra hospitalar ajustada ao risco; e Taxa de adesão à Lista de Verificação. (BRASIL, 2013).

Pedrosa (2011) refere que a identificação do paciente é parte primordial no processo dos registros e comunicação organizacional, pois representa a forma escrita de transmissão de dados relacionados ao cliente e aos cuidados prestados a este durante a internação hospitalar. E ainda é considerado parte vital no processo de cuidado humano, pois ao ser escrito de forma integra de acordo com a realidade, favorece a comunicação permanente entre a equipe multidisciplinar, além de poder destinar-se a outros fins, como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, entre outros.

Silva (2007) refere que se observamos em âmbito mundial, tem sido divulgado que falhas na identificação do paciente são, muitas vezes, as causas de erros e, consequentemente, de eventos adversos.

Runciman (2009) cita que os primeiros erros são definidos como a não realização a contento de uma ação planejada ou a aplicação de um plano incorreto. Já os últimos são definidos como incidentes que resultam em danos a um paciente; por exemplo, se uma unidade de sangue foi infundida de forma errada e o paciente morreu de reação hemolítica.

Para Gallott (2004), essas complicações atingem em média, 10% das admissões hospitalares e representam um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde nos dias atuais.

Pavão (2011) refere que o registro adequado das informações do paciente no prontuário é essencial para garantir a segurança do paciente, pois é considerado fonte de dados para análise da ocorrência de eventos adversos e, também é indicador de qualidade dos cuidados em saúde.

Santos (2010) observa que ocorre com frequência a subnotificação de eventos adversos, e isso muitas vezes está associado ao medo de punição por parte dos

profissionais, que temem perder o emprego e responder a processos ético-legais. Esse fato prejudica a análise fidedigna dos riscos e eventos ocorridos e das repercussões para a saúde do paciente, assim como também impossibilita a implementação de medidas que evitem novas ocorrências.

3. METODOLOGIA

A importância de abordar o tema segurança do paciente que é um tema novo no Sistema Único de Saúde,(SUS) foi criado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um componente essencial para a qualidade do cuidado em saúde. Desta forma, a presente pesquisa contribui em reforçar e solidificar a importância do cuidado de forma integralizada com segurança evitando os danos causados pela falta da identificação do paciente.

Para deixar como contribuição e sugestão desta pesquisa descritiva foi feito um instrumento de identificação de pacientes que facilite no processo de identificação de pacientes. É um instrumento simples prático de fácil manuseio e compreensão onde foram colocadas quatro colunas de ações direcionadoras, que ajudam a avaliar aspectos da identificação (QUADRO 1).

O instrumento avalia três itens: a pulseira de identificação da paciente, a identificação do leito da paciente e a identificação do recém-nascido. São apenas três itens, porém primordiais para incitar aos enfermeiros obstetras a despertarem para importância da rotina de estarem identificando as pacientes de forma sistematizada sem esquecerem os itens que compõem esse processo.

Na primeira coluna existem perguntas que avaliam se o paciente está ou não devidamente identificado com pulseira de identificação, se as informações da pulseira contem a quantidade de dados necessários e se os dados estão legíveis. Também avalia a identificação no leito da paciente se a placa de identificação está completa e com qualidade. E ainda como parte da identificação, o instrumento avalia a identificação do recém-nascido, se o mesmo está como a pulseira de identificação, se as informações estão corretas, completas e legíveis.

Na segunda coluna ficam as respostas para as perguntas onde o enfermeiro poderá marcar sim ou não. Para cada resposta negativa o enfermeiro deverá realizar uma intervenção sugerida que consta na terceira coluna. Foi incluída também a quarta coluna como o item observações, onde o enfermeiro poderá inserir observações que o instrumento não contempla.

Este instrumento foi aplicado por uma semana a cinco enfermeiras onde as mesmas puderam fazer sugestões de ajustes e depois foi reaplicado as mesmas enfermeiras por mais uma semana e aprovado para uso na unidade de obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza.

QUADRO 1. Instrumento de identificação de pacientes que facilite no processo de identificação de pacientes.

IDENTIFIÇAÇÃO DO PACIENTE	RESPOSTA	INTERVENÇÃO	OBSERVACOES
Paciente com pulseira?	( ) Sim ( ) Não	( ) Providenciado pulseira	
A identificação contém duas ou mais informações?	( ) Sim ( ) Não	( ) Inserido mais informações	
A identificação na pulseira está legível?	( ) Sim ( ) Não	( ) Providenciado troca da pulseira	
Identificado leito do Paciente?	( ) Sim ( ) Não	( ) Providenciado placa de identificação	
A identificação no leito está legível?	( ) Sim ( ) Não	( ) Providenciado troca de placa de identificação	
A identificação no leito está completa?	( ) Sim ( ) Não	( ) Inserido mais informações	
Recém-nascido está com a pulseira?	( ) Sim ( ) Não	( ) Providenciado pulseira	
A identificação na pulseira está legível?	( ) Sim ( ) Não	( ) Providenciado troca da pulseira	
A identificação do RN está completa? (Nome da mãe, sexo e hora do nascimento.	( ) Sim ( ) Não	( ) Certificar as informações e providenciar correções.	

Fonte: a autora

4. RESULTADOS

A presente pesquisa aponta para reflexões sobre a importância da identificação de pacientes como uma das formas de garantir a segurança das mesmas. Observou-se que a identificação de pacientes está em todos os momentos de sua permanência na unidade hospitalar, desde o momento inicial de admissão até a alta.

A identificação de pacientes é um instrumento de humanização, pois ao tratar cada paciente pelo nome cria um elo de aproximação, um vínculo entre o profissional e o paciente.

Também a identificação do paciente é uma ferramenta que proporciona a segurança do mesmo. Pois facilita para que o procedimento correto seja realizado no paciente para o qual se destina.

Um exemplo prático sobre a importância da identificação de pacientes está na hora da administração de medicamentos, ora se o paciente não está corretamente identificado ele poderá sofrer com erros dos profissionais ao administrar a medicação errada no paciente errado. Ou até mesmo passar por um procedimento cirúrgico que estava destinado a outro paciente. Os riscos são grandes e os danos irreparáveis.

A identificação do paciente é um dos temas principais e nitidamente essencial para a sua segurança. Uma falha na identificação pode desencadear diferentes erros durante o cuidado, como incidentes no processo de administração de medicamentos, transfusões sanguíneas, procedimentos diagnósticos e cirúrgicos (WHO, 2007).

O primeiro objetivo da pesquisa foi alcançado, pois através das falas das participantes viu-se como é feito o processo de identificação de pacientes. Onde se observou a crítica de alguns participantes sobre a falta de material como as pulseiras para realizar a identificação de pacientes. Também foi observada a prática contínua pela maioria das participantes em identificar o leito de cada paciente onde são colocados os dados da paciente como nome; pseudônimo; número do leito; número do prontuário e data de admissão. Observado o quanto essa identificação trás de benefícios para a paciente.

O segundo objetivo foi atingido, pois foi evidenciado através das entrevistas as atividades e estratégias que são utilizadas para a realização do processo de identificação de pacientes. Existe na unidade obstétrica uma placa padronizada com a identificação de dados pessoais, que é usada para cada paciente que fica nos leitos, essa placa é preenchida e fixada na parede acima do leito facilitando a visualização por todos os profissionais que forem prestar assistência a paciente. Entretanto, observou-se que essa prática é mais utilizada no alojamento conjunto e pouco usada na emergência obstétrica , pré-parto e centro cirúrgico.

Ainda sobre o segundo objetivo, quanto ao uso das pulseiras observou-se que apenas na emergência obstétrica havia a rotina de colocar pulseira de identificação nas pacientes. Foi observado que, caso não tivesse sido colocado a pulseira na emergência, a paciente concluía seu atendimento até a alta com esse item pendente, pois nos demais setores não havia estoque de pulseiras. Ou seja, notou-se a falta da prática em colocar a pulseira de identificação nos setores demais setores. Algumas profissionais alegaram que não havia pulseiras no setor. Nesse contexto observou-se uma falha que poderia ser corrigida por um outro profissional.

O terceiro objetivo foi alcançado, referente aos quesitos de segurança que são observados rotineiramente na identificação das pacientes. Notou-se que nem todas as participantes conferiam a pulseira da paciente antes de realizar um atendimento da mesma. Também foi observado que algumas alegaram não preencher a placa de identificação do leito devido a grande rotatividade, ou por não serem cobradas por esta tarefa. As enfermeiras do alojamento conjunto colocavam frequentemente as placas nos leitos, mas nem sempre conferem a pulseira, enquanto as enfermeiras da emergência colocam a pulseira frequentemente porem não se habituaram a fazer a identificação do

leito. Já as enfermeiras do pré-parto e centro cirúrgico obstétrico alegaram não ter hábito nem tempo para fazer estas identificações.

A hipótese foi confirmada, pois a identificação do paciente é a chave que abre portas para um atendimento seguro e humanizado. A elaboração de um instrumento de segurança do paciente com foco na identificação de pacientes contribuiu para a manutenção da segurança das pacientes obstétricas no que se refere a sua identificação e a de seus recém-nascidos.

Foi realizado um teste com cinco enfermeiras que utilizaram o instrumento de identificação de pacientes onde as mesmas aprovaram o instrumento que lhes foi útil como um dispositivo que lhes ajudou a não esquecer das etapas de identificação. Assim como também ao fato de estarem providenciando as devidas intervenções e correções de falhas detectadas no processo de identificação. O instrumento facilitou a este grupo em despertar para a criação de uma rotina rigorosa com vigilância em segurança do paciente no quesito da identificação de pacientes.

Observou-se o entusiasmo das participantes em realizar seu trabalho de enfermeiras obstétricas. Entretanto, os itens mais citados pelas mesmas como obstáculos para realização do trabalho com qualidade são: falta da rotina de identificação de pacientes que às vezes passa despercebido entre tantas obrigações, falta de material, ausência de treinamento e superlotação.

Desta forma, fica como sugestão a utilização do instrumento de identificação de pacientes, que tem como objetivo facilitar o cotidiano das enfermeiras. Um instrumento de fácil manuseio, conciso e resolutivo. O instrumento poderá ser usado durante os processos de admissões, transferências ou na permanência por períodos mais longos onde se observa a necessidade de renovar a identificação por ter se deteriorado com o tempo.

Além de identificar corretamente o paciente é necessário conferir os dados em todos os momentos do cuidado, ações muitas vezes negligenciadas. Identificar corretamente refere-se à inserção de dados que possam diferenciar tal paciente de outros e, desta forma, oferecer o atendimento ao paciente correto (BRASIL, 2013).

Na obstetrícia a pulseira de identificação também tem um grau de importância bastante relevante, pois as pacientes após o parto estão acompanhadas por seus recém-nascidos. E estes também devem está devidamente identificados para evitar risco de troca de bebês.

Ao perguntar para as participantes se as mesmas faziam a identificação dos recém-nascidos, todas foram unânimes em dizer que sim. E que na pulseira de identificação dos mesmos constavam os dados com nome da mãe, sexo e hora do nascimento.

Também foi perguntado se na transferência de um setor para o outro, exemplo, do centro cirúrgico para o alojamento conjunto, se era feita a conferencia a conferência da pulseira de identificação dos recém-nascidos, todas responderam que sim, pois havia um rigor nesta rotina.

Desta forma, recomenda-se que a paciente seja identificada logo ao chegar no serviço de saúde, por meio de uma pulseira cuja identificação esteja e mantenha-se legível até o fim do tratamento, com as informações: nome do paciente completo, nome da mãe, data de nascimento, número do prontuário ou atendimento, sendo no mínimo dois desses dados disponibilizados no dispositivo (BRASIL, 2013).

O instrumento foi testado, por cinco enfermeiras que participaram da pesquisa, foram feitos alguns ajustes para facilitar a checagem. Foi reaplicado e aprovado para uso na unidade de obstetrícia.

A grande novidade desta pesquisa está em despertar para a importância da identificação da paciente. Um ato bem simples, mas que se esquecido ou negligenciado poderá causas danos irreparáveis como, por exemplo, a troca de bebês, que afetará para sempre a vida das famílias envolvidas. Além disso, também se observa que a falta de identificação poderá desencadear em erros como na administração de medicações ou procedimentos cirúrgicos que deveriam ser direcionadas a um paciente e que pela falta de identificação poderá chegar inadvertidamente para outro.

A contribuição desta pesquisa para a ciência e para a sociedade está na elaboração de um instrumento de identificação que facilita ao enfermeiro durante o processo de identificação de pacientes, protocolando cada etapa da identificação a fim de que o mesmo tenha uma função recordatória de checagem e conferencia do processo.

Quando criamos rotinas e protocolos e realizamos uma atividade ou serviço diariamente, isto aos poucos vai se tornando parte do cotidiano, sedimentando-se e começa a fazer parte daquilo que queremos implantar como algo natural que todos adotam por padronização e consenso.

Desta forma, um simples ato de identificar pacientes deve ser visto como uma atividade vital dentro de uma unidade de saúde, pois é o passo inicial para garantir que segurança do paciente seja eficiente e eficaz prevenindo erros irreparáveis para o paciente e a sociedade.

Um atendimento em saúde de qualidade deve ter um enfoque sistêmico onde cada fase do cuidado aconteça forma bem ordenada contendo todas as informações necessárias de identificação do paciente, tendo a pessoa como centro de atenção onde seja assegurado o direito a saúde de forma completa e segura.

A identificação do paciente é uma fase da segurança do paciente que requer atenção dos profissionais de saúde. Um ato de imperícia ou negligencia poderá repercutir em todo processo de atendimento, trazendo consequências e danos irreparáveis como, por exemplo, uma troca de bebês numa maternidade.

A grande novidade da pesquisa é uma tentativa de impedir que os erros relativos a identificação de pacientes deixe de existir. Ao criar um protocolo de ações que sistematize a rotina normatizando a ação da identificação do paciente em todo o processo do cuidado, facilitando para que o paciente tenha a garantia de que o procedimento seja destinado ao paciente ao qual se propõe. Evitando troca e erros de medicações assim como procedimentos cirúrgicos equivocados entre outros transtornos para o paciente seus familiares e para a sociedade em geral.

A importância de abordar o tema segurança do paciente que é um tema novo no Sistema Único de Saúde,(SUS) foi criado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um componente essencial para a qualidade do cuidado em saúde. Desta forma, a presente pesquisa contribui em reforçar e solidificar a importância do cuidado de forma integralizada com segurança evitando os danos causados pela falta da identificação do paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução normativa no 167/2007. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados à partir de 01 de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outra providências. Seção IV – Do plano hospitalar em obstetrícia [acesso em 2011 Mar 9]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br.

ANVISA (Brasil). Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. 2013. Disponíveis em: http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf.

BERGAMINI, C.W. Psicologia Aplicada à Administração de Empresas: Psicologia do Comportamento Organizacional. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros obstetras no desempenho de suas atividades laborais 2006, vol.14, n.3, pp. 414-421. ISSN 0104-1169. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300016.

BRASIL Ministério Da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [acesso 2015 Dez 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária – Anvisa. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013

CBA - 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.

COREN-SP- Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) Polo São Paulo. 10 PASSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. São Paulo, 2010.

COWELL Hr. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463.

COX, S, Flin R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? Work & Stress, 1998;12(3):189-201.

FARIA A. N. Liderança e chefia. Rio de janeiro: LCT-livros Técnicos e Científicos: 1982.

FASSINI Patricia e Hahn Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2012 Mai/Ago;2(2):290-299.

FELDMAN LB. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari; 2004.

FELDMAN L, Gatto M, Cunha I. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9.

FELDMAN LB. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari; 2008.

FERRACINI FT. Estrutura organizacional. In: Ferracini FT, Filho WM. Prática farmacêutica no ambiente hospitalar: do planejamento à realização. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRASER TM. Human stress, work and job satisfaction: a critical approach. Germany: International Labour Office; 1983.

FREITAS, Henrique; Oliveira, Mirian; Saccol, Amarolinda Zanela; Moscarola, Jean. O método de pesquisa survey. Revista de Administração da USP – RAUSP. São Paulo, v.35, n.3, Jul./Set. 2000.

GANDHI TK, Kaushal R, Bates DW. Introdução à segurança do paciente. In: Cassiani SHB, Ueta J. A segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 1.

GALLOTT RMD. Eventos adversos – o que são? Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(2):114.

HALE, C. Measuring job satisfaction. Nurse. Times,Southern Ireland, v. 26, p. 43-46, 1986

HEALY JM. How hospital leaders implemented a safe surgery protocol in Australian hospitals. Int J Qual Health Care. 24. England2012. p. 88-94.

HUMANOS, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS. "Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948." Disponível na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo: www. direitoshumanos. usp. br (2012).

HEALTH and Safety Comission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.

IOM -Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington 2001.

JAMIL MF, Kestelman HN, Becker LC, Torres MCS. Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2010.

JARDIM, S. R.; SILVA FILHO, J. F.; & RAMOS, A. O diagnóstico de Burnout na ate¬n¬ção em saúde mental dos trabalhadores. In: ARAÚJO, A. et al. (orgs.). Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. [Links]

JESUS MS, Said FA. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. Cogitare Enferm. 2008 Jul-Set; 13(3):410-21.

JACKSON J, Sarac C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. Current Opinion in Critical Care 2010; 16:632-638.

JOINT Commission. Sentinel event statistics. December 31,2006. Disponível em: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics. [Acessado 5 Maio 2007]

KELEHER, KC. Collaborative practice: characteristics, barries, benefits, and implications of midwifery. J. Nurse Midwifery, v. 43 n.1 p. 8-11, 1998.

KELLY, B.O. Satisfied with your job? Nurse. Manage, Ohio, v. 160, n. 26, p. 56-58, 1985.

KOERICH MS, Machado RR, Costa E. **Ética e bioética: para dar início à reflexão**. Texto Contexto Enferm. 2005 Jan-Mar; 14(1):106-10.

KORUNKA, C.; & VITOUCH, O. Effects of the implementation of information technology on employees strain and job satisfaction: a context-dependent approach. Work and Stress. v. 34, n. 4, p. 341-363, 1999. [Links]

KOHN LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LEWIS PJ, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM. Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. Drug safety?: an international journal of medical toxicology and drug experience [Internet]. 2009 Jan;32:379-89. Available from: http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19419233

MARTINEZ, MC, AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. Rev Saúde Pública = J Public Health. 2004;38(1):55-61.

MARTINS, M.C.F. Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação. Brasília, 1985. 204p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília.

MARTÍN-Rodríguez, L.S. et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care, Suppl. 1, p. 132-147, 2005.

MELO, Raimundo Simão de. Dignidade da Pessoa Humana e Meio Ambiente do Trabalho. Periódico: Ed. RT, ano 31, Janeiro-Março 2005, nº 117, Coordenação: Nelson Mannrich.

MINTZBERG H. **Criando organizações eficazes**. Estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas; 1995.

MONTANA, P. Administração. São Paulo: Saraiva, 1999.

MOURA GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde:principais tipos. In: Assistência segura: uma reflexão aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013 [acesso em: 20 set 2014]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf

NASCIMENTO MMG; Rosa MB; Harada, MJCS. Prevenção de erros de administração de medicamentos no sistema de saúde. Rev Meio de Cultura Hospitalar. n 52, 2013. p18-22.

NÉRI EDR, et al. Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro.verAssoc Méd Bras. 2011; 57(3):306-314.

NÉRI EDR. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário. 2004. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2064aa80474592999afade3fbc4c6735dissertacao_perfil_erros_prescri%25E7%25E3o_hospital.pdf?MOD=AJPERES

NEVES FF, Pazin-Filho A. Raciocínio clínico na sala de urgência. Medicina (Ribeirão Preto). 2008;41:1-8.

NEUHAUSER D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. Qual Saf Health Care. 2003;12:317

OLIVEIRA, A. de L. Produção Científica Brasileira da Área de Enfermagem Obstétrica de 1956-1986. São Paulo, 1993. Doutorado. Escola Paulista de Medicina.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

OMS- Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico. WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/ implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf> Acesso em: abril de 2012.

PAVÃO Alb, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. Rev Bras Epidemiol. 2011; 14(4):651-61

PEDUZZI M, Anselmi ML. **O processo de trabalho de enfermagem**: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm. 2002 Jul-Ago; 55(4):392-8.

PEDREIRA Lgm. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: Harada MJCS, Pedreira LGM, Peterlini MAS, Pereira SR, editores. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 1-18.

PEDROSA Ka, Souza MFG, Monteiro AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. Rev Rene. 2011; 12(3):568-73.

PEREIRA Wr. **Poder, violência e dominação simbólicos nos serviços públicos de saúde**. Texto Contexto Enferm. 2004;13(3):391-400.

PERES AMP, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2006Jul-Set; 15(3):492-9.

PROADESS/MS. (s.d.). Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Acesso em 10 maio 2012.Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ

PROGIANTI, J.M; Penna, L.H.G; Christoffel,M. **Parto e nascimento**: reflexões de enfermeiras obstétricas. Enfermagem atual V.4 n° 20 Mar/Abr, 2004.

PROGIANTI, J.M; Penna, L.H.G; Vargens,O.M.C. **As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto**. Escola Anna Nery. Revista enfermagem agosto 2004 8(2): 194-7

POLIT, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMONE Aparecida Przenyczka; Maria Helena Lenard; Verônica de Azevedo Mazza; Maria Ribeiro Lacerda **O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro** Texto contexto - enferm. vol.21 no.2 Florianópolis Apr./June 2012.

REGO, A. Percepções de justiça: estudos de dimensionalização com professores do ensino superior. Psic.: Teor. e Pesq. (online). v. 17, n. 2, p. 119-131, 2001.

REHUNA, Carmen Susana. "O parto humanizado e a REHUNA." Anais do II Seminário Nacional Movimentos sociais, participação e democracia (2007).

REMENYI, D.,WILLIAMS, B., MONEY, A. e SWARTZ, E. Doing Research in Business and Management: An Introduction to Process and Method . London: SAGE, 1998.

REZENDE. Jorge de. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RIBEIRO, Juliana de Oliveira Xavier. Direito previdenciários esquematizado. 2 ed. São Paulo: Quartier Latin, 2011, p. 216.

RUSSEL, David. Rethinking genre in school and society: an activity theory analysis, Disponível em http://www.iastate.edu>. 1997. Acesso em 16 ago.2004.

ROSA MB, et al.Errors in hospital prescriptions of high-alert medications. Ver Saúde Pública, São Paulo.2009; 43(3):490-8.42.

RONSMANS C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet. 368. England 2006. p. 1189-200.

SCHNECK, CA.; Riesco, MLG. **Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar**. REME: Rev Min Enferm. 2006;10(3):240-6.

SEIDEN SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wrong-prcedure, and wrong-patientadverse events: Are they preventable? Arch Surg. 141. United States2006. p. 931-9.

SEVDALIS N, Norris B, Ranger C, Bothwell S. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. J Eval Clin Pract. 2009; 15(2):311-5.

SORRA JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ publication no 040041. Rockville, MD: September, 2004.

SILVA Aebc, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3):272-6

SILVA, G. C.; Ferreira, J. C. M.; & Yamaoka, T. **Stress e trabalho**. 1998. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) - Curso de Especialização em Medicina do Trabalho de Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. [Links]

SILVA JPV, Pinheiro R, Machado FRS. **Necessidades, demanda e oferta**: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. Saúde em Debate. 2003 Set-Dez; 27(65):234-42.

SILVEIRA, Bueno. Minidicionário da Língua Portuguesa. 2 edição. São Paulo: FTD 2007 Pag. 237.

SILVEIRA, L. C.; SILVEIRA, R. N. A. Atribuições, responsabilidade e limites do médico e do enfermeiro obstetra em ginecologia e obstetrícia. Cadernos de Saúde Pública. v. 19, n. 5, p. 1425-1436, Set/Out, 2003.

SMELTZER SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ):Guanabara Koogan; 2005. p.28-47.

SOARES AVN. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):72-80

SHELL CM, Karen DD. Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College of Surgeons Hospital Standardization Committee, and The Joint Commission: Four Pillars in the Foundation of Patient Safety. Perioperative Nursing Clinics 2008, 3: 19-26.

SMITH Af, Casey K, Wilson J, Fischbacher-Smith D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. Int J Qual Health Care. 2011;23(5):590-9.

SCHULMEISTER, L. Patient misidentification in oncology care. Clin J Oncol Nurs.2008 Jun; 12(3):495-8.

STONER, James A. F. FREEMAN, R. Edward. Administração. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1995

WALES. National Health Service. 1000 Lives Plus. Tools for improvement: Reducing patient identification errors. 2012, 32p. www.1000livesplus.wales.nhs.uk

WENNBERG, J. E. Tracking medicine a researcher's quest to understand health care. N Wright, T. A.; & Cropanzano, R. Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. Journal of Occupational Health Psychology. v. 5, n. 1, p. 84-94, 2000. [Links]Y: Oxford University Press; 2010.

WHO- World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety**. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [acesso 2015 Dez 8]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf

WHO- World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.

World Health Organization. Patient Safety Solutions Preamble. Geneva: WHO Press, 2007. Disponível em: <http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/Preamble.pdf> Acesso em: maio de 2012.

WHO -World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009.

WHO - World Health Organization. Joint Comission Resources. Joint Comission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. Genebra; 2007 [acesso em: 30 nov 2012]. Disponível em:

http://www.jointcommissioninternational.org/WHOCollaborating- Centre-for-Patient-Safety-Solutions/

WHO World Health Organization. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde. 2011; 142p. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf.

WHO World Health Organization. Patient safety – a global priority. Bull World Health Organ.Genebra 2004; vol.82 no12. Disponível em http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/ (acessado em 15/Jun/11)

WHO. World Health Organization. **Care in normal birth**: a pratical guide. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Geneva; 1996.

WHO. World Health Organization, The Joint Commission, Joint Commission International. Who Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007.

ZEGERS M, de Bruijne MC, de Keizer B, Merten H, Groenewegen PP, van der Wal G,et al. The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. Patient Saf Surg. 5. England2011. p. 13.

6