UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELLEN REGINA SEVILLA QUADRADO

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO NEONATO DE UM HOSPITAL PRIVADO

SÃO PAULO
2011

ELLEN REGINA SEVILLA QUADRADO

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO NEONATO DE UM HOSPITAL PRIVADO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Profª Drª Daisy M. Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Quadrado, Ellen Regina Sevilla
Avaliação do processo de identificação do neonato de um hospital privado / Ellen Regina Sevilla Quadrado.
São Paulo, 2011.
71 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Daisy M. Rizatto Tronchin

1. Assistência à saúde – Qualidade 2. Serviços de saúde - Avaliação 3. Riscos – Gerenciamento 4. Enfermagem neonatal I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Ellen Regina Sevilla Quadrado

Título: Avaliação das conformidades no processo de identificação do neonato de um hospital privado

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovada em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Profª. Drª. Daisy Maria Rizatto Tronchin **Instituição:** Escola de Enfermagem da USP

Julgamento:_____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:**_____

Julgamento:_____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____ **Instituição:**_____

Julgamento:_____ **Assinatura:** _____

Dedico este trabalho:

À minha amada mãe **Sueli**, pela dedicação, amor, apoio, ensinamentos, garra e a amiga de todos os momentos. Ao meu pai (*in memorian*), quanta saudade.

Ao meu amor e amigo **Quadrado**, pelos anos de companheirismo, cumplicidade, carinho, conselhos e apoio. Obrigada por fazer parte da minha vida.

Aos meus queridos filhos **Carolina** e **Felipe** - presentes de Deus ! Obrigada pelos sorrisos e beijos; me perdoem pelas ausências.

Aos meus irmãos, **Marcelo** e **Junior**, apesar da distância, uma união eterna.

Aos meus tios **Sidney** e **Nenê** (*in memorian*), por serem tão especiais.

Aos meus avós e padrinhos, **Vó Bela** (*in memorian*) e **Vô Zé** (*in memorian*), obrigada pelo alicerce, simplicidade, carinho, amor e força; meu eterno respeito e gratidão.

Obrigada por acreditarem no meu sonho !

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Daisy Maria Rizatto Tronchin pela disposição, ensinamentos, apoio, dedicação, sabedoria, experiência e equilíbrio. Obrigada por me orientar e compartilhar de mais uma conquista profissional tão importante.

À Profª Drª Marta Maria Melleiro pelas sugestões no exame de qualificação, presença e experiência compartilhada no grupo de estudo.

À amiga Edi Toma “meu exemplo profissional”, pelos conselhos, incansável incentivo, ensinamentos e inteligência.

À Profª Drª Paulina Kurcgant pelo brilho nos olhos ao falar da enfermagem e a todas as professoras das disciplinas do mestrado, pelos importantes ensinamentos.

Ao Dr. Eduardo R. Amaro e ao Dr. Antonio R. Amaro, obrigada pelo apoio e permissão para realização deste trabalho.

Às professoras da graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) por mostrarem o verdadeiro sentido do que é ser enfermeiro.

À Enfª Martha Rejane Augusto pelo incentivo constante ao meu desenvolvimento profissional, confiança e respeito.

Às enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem e colegas de trabalho, obrigada pela presença, auxílio e compreensão.

Às colegas Larissa, Paula e Regiane, obrigada pela convivência nesta jornada e a Ana Cláudia pelo valioso auxílio, e pelos momentos de descontração.

Aos familiares e amigos, que deram suporte nos momentos em que precisava me dedicar aos estudos.

Aos recém-nascidos, meu respeito, dedicação e incansável busca pela melhor assistência.

Quadrado, ERS. Avaliação do processo de identificação do neonato de um hospital privado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, que teve por objetivo avaliar o processo de identificação do neonato admitido na unidade de terapia intensiva neonatal e semi-intensiva de um hospital privado no Município de São Paulo. A casuística compôs-se de 540 oportunidades de análise, selecionadas pela amostragem probabilística aleatória simples. A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2010, por meio de um formulário, contendo as três etapas do processo de identificação: componentes de identificação, condições da pulseira e quantitativo de pulseiras. Os dados foram analisados em função da estatística descritiva, e sendo aplicado o teste estatístico com significância de 5%. No que diz respeito ao desempenho geral do processo, o percentual de conformidade foi de 82,2%. No que tange as três etapas integrantes do processo, o maior índice de conformidade (93%) foi atribuído a segunda etapa e o menor (89,3%) a terceira etapa, com diferença estatística significante (p=0,046). Em relação a primeira etapa, a presença do código de internação obteve (98,5%) de conformidade; na segunda,o melhor percentual (99,8%), foi atribuído à confecção correta da pulseira e na terceira, houve (88,5%) de conformidade para o grupo de neonatos em condições especiais, não apresentando diferença estatística significante p=0,895. Acredita-se que os achados deste estudo subsidiem as reestruturações necessárias no processo de identificação dos recém-nascidos e o estabelecimento de metas assistenciais e gerenciais, para a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos pacientes.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Gerenciamento de Riscos, Enfermagem Neonatal.

Quadrado, ERS. Evaluation of the identification procedure for newborns in a private hospital [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

This is an exploratory, descriptive study of quantitative approach, aiming to evaluate the identification procedure for newborns admitted to a neonatal intensive and semi-intensive care unit of a private hospital in the city of São Paulo. The sample consisted of 540 opportunities for analysis, selected by the simple random probability sampling. Data collection occurred between May and August 2010, using a form containing the three phases of the identification procedure: identification components, conditions of ID bracelet and quantitative of ID bracelets. Data were analyzed according to descriptive statistics and the statistical test was applied with a significance of 5%. Regarding performance of the general process, the percentage of compliance was 82.2%. Regarding the three phases of the process, the highest compliance rate (93%) was related to the second phase and the lowest (89.3%) to the third phase, with a statistically significant difference ($p = 0.046$). Regarding the first phase, the presence of a hospitalization code obtained (98.5%) of compliance, in the second, the best percentage (99.8%) was attributed to correct manufacturing of the ID bracelet and third, with (88, 5%) of compliance for the group of newborns under special conditions, showing no statistically significant difference $p = 0.895$. It is believed that the findings of this study will subsidize the necessary reorganization of newborn identification procedure and establishment of assistance and management of goals for the constant improvement of quality and patient safety.

Descriptors: Health Care Quality, Health Service Assessment, Safety Management, Neonatal Nursing

Quadrado, ERS. Evaluación del proceso de identificación de los recién nacidos en un hospital privado [disertación]. São Paulo: la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, 2011.

RESUMEN

Este es un estudio exploratorio, descriptivo de enfoque cuantitativo, cuyo objetivo es evaluar el proceso de identificación de recién nacidos ingresados en la unidad neonatal de cuidados intensivos y en la unidad semi-intensiva de un hospital privado de la ciudad de São Paulo. La muestra se constituyó de 540 oportunidades de análisis, seleccionadas por muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolecta de datos ocurrió entre mayo y agosto de 2010, a través de un formulario con las tres etapas del proceso de identificación: identificación de componentes, las condiciones de pulsera y cuantitativo de pulseras. Los datos fueron analizados de acuerdo a la estadística descriptiva y la prueba estadística fue aplicada con una significancia de 5%. En cuanto al desempeño general del proceso, el porcentaje de conformidad fue de 82,2%. En cuanto a las tres etapas integrantes del proceso, la mayor tasa de conformidad (93%) fue encontrada en la segunda etapa y la más baja (89,3%) en la tercera etapa, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,046$). Con relación a la primer etapa, la presencia de código de internación obtuvo (98,5%) de conformidad; en la segunda, el mejor porcentaje (99,8%) se atribuyó a la confección correcta de la pulsera de identificación y en la tercera, ocurrió en (88, 5%) de conformidad con el grupo de los recién nacidos en condiciones especiales, no presentando diferencia estadísticamente significativa $p = 0,895$. Se cree que los hallazgos de este estudio puedan subsidiar el proceso de reestructuración necesaria en la identificación de los recién nacidos y en el establecimiento de metas asistenciales y de gestión para la mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

Palabras clave: Calidad de Cuidados a la Salud, Evaluación de los Servicios de Salud, Administración de la Seguridad, Enfermería Neonatal

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Distribuição da conformidade e não conformidade no processo de identificação do RN, São Paulo – 2010..... 41

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Distribuição de conformidade e não conformidade, considerando as três etapas do processo de identificação do RN, São Paulo – 2010.....43

Tabela 2 - Distribuição de conformidade e não conformidade da etapa dos componentes de identificação do recém-nascido, São Paulo – 2010 45

Tabela 3 - Distribuição de conformidade e não conformidade na etapa do processo: condições da pulseira de identificação do RN, São Paulo – 2010.....47

Tabela 4 - Distribuição de conformidade e não conformidade, segundo a condição clínica do neonato, São Paulo – 2010.....48

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Distribuição da estimativa de risco, segundo FMEA em duas etapas do processo de identificação do RN, São Paulo – 2010..... 50

Quadro 2 - Proposta para avaliar a probabilidade de ocorrências, no processo de identificação do neonato, São Paulo – 2010..... 51

Quadro 3 - Proposta de avaliação de risco, no processo de identificação do neonato, São Paulo – 2010..... 51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

1.1 Problemática do estudo 16

1.2 A qualidade e a segurança dos recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva e Semi Intensiva Neonatal 19

1.3 O gerenciamento de risco: uma ferramenta de gestão da qualidade 26

2 OBJETIVOS 31

3 MÉTODO 33

3.1 Tipo de estudo 33

3.2 Local do estudo 33

3.3 Casuística/ Amostra 34

3.4 Aspectos éticos 35

3.5 Coleta de dados 36

3.5.1 Instrumento de coleta de dados 36

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados 37

3.6 Organização e análise dos dados 37

4 RESULTADO E DISCUSSÃO 40

5 CONCLUSÃO 54

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 57

REFERÊNCIAS 60

APÊNDICE 66

ANEXOS 68

INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A opção por atuar na área Neonatal advém, desde o curso da graduação na Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), pois com a docente responsável pela Disciplina de Obstetrícia realizei um trabalho, que consistia em orientar puérperas primigestas nos cuidados com o recém-nascido (RN). Ao concluir o bacharelado, busquei pós-graduação, cursando a especialização em Enfermagem Neonatal no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), subsidiada pela Fundação de Desenvolvimento e Aperfeiçoamento de Pessoal (FUNDAP).

Esta formação ratificou meu anseio em atuar como enfermeira neonatal, iniciando assim, em 1993 minha atividade profissional no Berçário anexo à Maternidade do Instituto Central do HC-FMUSP.

Em seguida, passei a atuar na rede hospitalar de assistência privada à saúde, desenvolvendo atividades assistenciais e gerenciais – e, atualmente, respondo pela coordenação de uma Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva Neonatal.

Estas experiências proporcionaram-me cenários jamais vividos que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, dando-me a oportunidade impar de participar efetivamente de decisões relacionadas à gestão da qualidade, gerenciamento de materiais, de equipamentos, de recursos humanos, assim como a seleção e implantação de sistema de informatização hospitalar. Nesse período, outra atividade marcante foi envolver-me no processo de acreditação hospitalar empregando a metodologia proposta pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Com o intuito de aprofundar meus conhecimentos a respeito do gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde, passei a frequentar o grupo de pesquisa de Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que me possibilitou discutir questões envolvendo a qualidade dos processos assistenciais e gerenciais nas unidades neonatais e compartilhar de opiniões e experiências com os integrantes do grupo.

A participação no grupo voltou minha atenção para o tema segurança do paciente, que está intrinsecamente relacionado à qualidade nos serviços de saúde, motivando-me a buscar o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - nível mestrado na EEUSP, ingressando em 2009.

Ao ter em vista a vulnerabilidade dos RN e as inúmeras situações a que estão expostos, sobretudo nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), que comprometem sua segurança, a adequação e o monitoramento do processo de identificação, por ocasião do nascimento e da permanência na instituição, que são determinantes para garantir uma assistência de qualidade e segura, minimizando os riscos e os agravos à saúde, pois não há observância de determinados fatores ou negligência, nesse processo, que poderiam conduzir a danos graves, irreversíveis e até mesmo à morte.

Por se tratar de uma problemática mundial, a *World Health Organization* (*WHO*) e a *Joint Commission International* (*JCI*) *WHO*, *JCI* (2007), construíram diretrizes para tornar o processo de identificação do paciente mais seguro nos estabelecimentos de saúde com destaque para os itens:

- Criar uma padronização de abordagem para a identificação do paciente, a ser utilizada nos diferentes setores da instituição;
- Incentivar o uso de, pelo menos, dois itens para checagem, não sendo indicados o registro de internação e o número do quarto;
- Reforçar com os profissionais a responsabilidade de checagem da identificação dos pacientes para direcionar corretamente o cuidado;
- Desenvolver protocolos para atender às situações que envolvem pacientes homônimos;
- Incorporar o treinamento contínuo da equipe de saúde envolvida no processo assistencial;
- Desenvolver uma cultura na equipe de checagem prévia da identificação dos hemoderivados que serão administrados ou das amostras de sangue coletadas.

O estudo realizado por Gray et al. (2006), relacionado a essa questão, apontou os riscos aos quais se expõem os RN nos erros de identificação, resultantes da semelhança entre nomes e números de registros hospitalares.

Chassin e Becher (2002) citam que o fluxo de trabalho, os materiais utilizados, bem como a forma de abordagem dos profissionais de saúde checarem a identificação estão diretamente envolvidos no desempenho do processo. Reiteram que essa clientela, por causa de suas especificidades não dispõe de mecanismos que possam contribuir, efetivamente, para a conformidade do processo.

Na instituição, cenário deste estudo, como uma política de gestão da qualidade, o programa de gerenciamento de risco foi implantado em 2008 para verificar e analisar as não conformidades relativas à identificação do RN.

Nessa ocasião, participei da revisão do protocolo instituído, oportunizando seu aprimoramento, sobretudo em relação à impressão eletrônica da etiqueta de identificação, do sistema de leitura por meio do código de barras e da uniformidade dos dados indispensáveis, para identificar o neonato, a quantidade de pulseira requerida e o gerenciamento de risco mensurado pela ferramenta de qualidade denominada de *Failure Model and Effect Analysis* (*FMEA*) ou Análise dos Modos ou Efeitos das Falhas, adaptada para a instituição.

Nesse processo o gerenciamento de risco envolvido diz respeito ao material e às condições da pulseira, aos componentes para identificar o RN e conferência pela equipe de enfermagem. Dessa maneira, o protocolo foi desenvolvido abordando três componentes a saber: no primeiro, deve constar o nome completo da mãe, o número de atendimento da mãe ou do RN, o tipo de internação e o código de barras. O segundo, requer que os itens descritos acima estejam legíveis e que a confecção da pulseira seja realizada, empregando-se as apropriadas para a criança e o terceiro, é avaliado pela presença de três pulseiras de identificação, que devem ser conferidas e o registro da observação anotado no prontuário pela equipe de enfermagem no começo de cada turno de trabalho.

O protocolo de identificação do neonato ora implantado inicia-se no Centro Obstétrico (CO), mediante a confecção das três pulseiras destinadas à identificação dos RN. Assim, o registro dos dados integrantes da etiqueta é inserido no sistema eletrônico, ocorrendo sua emissão, que é aderida às pulseiras. Os dados são conferidos por um profissional da equipe de enfermagem e apresentados à parturiente, que os visualiza, certifica-se de sua veracidade e assina a ficha obstétrica.

As pulseiras são anexadas ao prontuário e encaminhadas com a mãe à sala operatória. Nesse momento, o profissional membro da equipe de enfermagem realiza a checagem verbal com a parturiente.

Seguido ao nascimento, uma das pulseiras é posta no RN ainda na sala de parto, possibilitando a visualização desta atividade pela mãe ou seu acompanhante. As outras duas pulseiras são, posteriormente, colocadas no neonato na sala de reanimação.

Cabe esclarecer que, se houver necessidade de substituição de uma ou mais pulseiras, o processo será executado por um dos profissionais da enfermagem que assiste a criança.

Tendo em vista as modificações descritas e por acreditar que o processo de identificação do recém-nato é condição primordial para sua segurança, no qual estão inseridas as dimensões assistenciais, gerenciais, éticas e legais dos profissionais de saúde e gestores, assim, dispus-me a realizar esta investigação.

1.2 A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI-INTENSIVA NEONATAL

As temáticas qualidade e segurança do paciente estão intrinsecamente relacionadas e vêm sendo discutidas nos âmbitos internacional e nacional por profissionais de saúde, organizações governamentais ou representantes de entidades vinculadas à saúde.

O conceito de qualidade é complexo e, invariavelmente, relacionado a uma conotação positiva de determinado produto ou serviço e tem o

objetivo de atender ou superar as necessidades e expectativas dos clientes (Malik, 2005).

Mezomo (2001) entende qualidade como uma série de propriedades de um serviço (produto), que o torna adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes.

No setor saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo risco ao paciente/cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se os valores sociais existentes (Donabedian, 1988; 1992).

De acordo com D'Innocenzo, Adami, Cunha (2006); Feldman e Cunha (2006), a qualidade nos serviços de saúde pode ser compreendida como uma busca incessante de identificação de falhas nos procedimentos e rotinas, conduzindo à melhoria dos processos e resultados, visando às conformidades estabelecidas pelos órgãos reguladores e satisfação dos usuários.

Donabedian (1992) traz a ideia de que a qualidade não se constitui em um atributo abstrato, visto que pode ser formada pela avaliação assistencial, abrangendo a análise dos componentes de estrutura, de processo e resultado.

Nesse aspecto, **a estrutura** corresponde às características relativamente estáveis das instituições, como a área física, os recursos humanos, os materiais, os financeiros e o modelo organizacional. **O processo** refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção, em geral, no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e o tratamento. Finalmente, **o resultado** é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente e da população (Donabedian, 1988; 1992).

Carvalho, Rosemberg, Buralli (2000) consideram que as dimensões de processo e de resultado são as mais complexas para se avaliar, visto que no componente de processo estão envolvidas todas as atividades da equipe de saúde e da terapêutica, além de depender diretamente dos aspectos

éticos e da capacitação dos recursos humanos. Em relação à avaliação dos resultados, a complexidade reside no fato de se definir indicadores apropriados para a mensuração e na presença de fatores psicológicos e socioeconômicos que poderão interferir nos mesmos.

Todavia, é preciso dispor e aplicar instrumentos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem, com destaque para as Comissões de Auditoria, Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Ética e Pesquisa, Gerenciamento de Risco e Avaliação pelos usuários e a Acreditação hospitalar, independente do modelo empregado (Adami, 2000; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2010).

Para D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006a), a qualidade assistencial é uma conquista da equipe multidisciplinar, tornando-se imperativo a participação de todos os profissionais nesse contexto, com o intuito de uma ação conjunta.

Tronchin, Melleiro, Takahashi (2010) complementam essa assertiva, ressaltando que, para o alcance da qualidade assistencial, é imprescindível contar com um quantitativo de profissionais capacitados, motivados e envolvidos no trabalho, assim como garantir espaços e meios, para que os trabalhadores e os usuários sejam protagonistas do processo em busca da qualidade.

De acordo com Cassiani (2010a), os estabelecimentos de saúde têm sido compelidos a se organizarem e constituírem-se como empresas, desenvolvendo visão de negócio para se adequarem às mudanças e competitividade no mercado, aprendendo a associar baixos custos com excelência à qualidade prestada.

Segundo Kurcgant, Tronchin, Melleiro (2006), toda organização, cuja missão essencial é assistir o ser humano, preocupa-se com a melhoria constante da assistência, objetivando a relação harmônica entre as dimensões: gerencial, econômica, tecnológica, assistencial, de ensino e pesquisa.

Desse modo, acredita-se que assegurar e garantir processos de trabalho mediados pela qualidade e isenção de riscos à saúde do usuário e

do trabalhador são elementos indissociáveis das instituições de saúde, que buscam a excelência de seus serviços.

A expressão segurança do paciente vem sendo amplamente referida e discutida nos setores prestadores de serviços de saúde, entidades de classe, órgãos governamentais, entre outros, nos âmbitos internacional e nacional.

Quinto Neto (2006) cita que os profissionais de saúde esforçam-se para proporcionar a melhor assistência possível. Contudo, esse comportamento não impede que as não conformidades e/ou eventos adversos na assistência ocorram, pois fazem parte do cotidiano dos trabalhadores. Ressalta para a necessidade da abordagem de reconhecimento e da aprendizagem, recomendando aos gerentes, que analisem as causas das não conformidades, para proporem melhorias no sentido de reduzí-las ou impedí-las.

Considerando que a segurança do paciente é uma questão tratada mundialmente, uma parceria entre a *WHO* e a *World Alliance for Patient Safety,* criou, em 2008, um programa avançado para disseminar e capacitar os profissionais a implementar ações sobre a importância em ofertar cuidados de saúde seguros aos usuários em todas as áreas de atenção (*WHO; World Alliance for Patient Safety,* 2009).

Nessa perspectiva, há que se pensar na transformação da cultura organizacional a respeito da segurança e do modo como será abordada nos momentos em que os eventos ou falhas tornarem-se realidade.

Cassiani (2010a) propõe uma abordagem sistêmica, e o emprego de métodos para analisar os riscos existentes nos processos. Tais métodos fornecem informações indispensáveis para identificar os riscos e possibilitam aos gestores planejarem novos processos e ações corretivas e preventivas, para que todos envolvidos objetivem as práticas de melhoria contínua dos serviços.

A *Canadian Council on Health Services Accreditation - CCHSA*, (2003) define a segurança como uma maneira de prevenir e amenizar os atos inseguros, e tem como objetivo estimular a identificação e notificação

desses atos, bem como desenvolver processos que não necessitem de auditorias para que aconteçam.

Vincent (2009) afirma que a expressão “segurança do paciente” é, atualmente, amplamente empregada, contudo raramente definida com clareza. Para o autor, a segurança consiste no ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos oriundos no processo de assistência à saúde; a segurança reside nos sistemas e nas pessoas e, por isso, precisa ser ativamente procurada e estimulada, visando à redução de todos os tipos de erros, procurando a alta confiabilidade, como um componente essencial de uma assistência com qualidade.

Na visão de Runciman et al. (2009), reduzir ao mínimo aceitável a ocorrência de um dano desnecessário ao paciente, traduz o significado da segurança do paciente. Da mesma forma para estes autores, o termo segurança é definido como a redução do risco de dano ao mínimo possível pela situação gerada por uma ação ou agente potencial.

Considerando a multiplicidade de fatores envolvidos na segurança, a *WHO* em conjunto com a *World Alliance for Safer Health Care* propõem uma Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, objetivando unificar internacionalmente as definições e termos, criando uma taxonomia no tema (Runciman et al., 2009).

Nessa perspectiva, será possível conhecer, apontar e analisar os fatores relevantes que interferem na segurança do paciente, favorecendo a aprendizagem e o aperfeiçoamento do sistema nas diferentes culturas e idiomas (*WHO*, 2009).

Na maior parte das vezes, a segurança do paciente é retratada na literatura em função de eventos adversos ou erros.

Segundo Gallotti (2004), os eventos adversos atingem cerca de 10% dos pacientes admitidos nos hospitais e, em torno, de 50% a 60% destes são passíveis de prevenção. Desse modo, cabe aos trabalhadores e gestores identificarem os fatores desencadeantes dos erros e aprimorá-los em seus processos de trabalho, a fim de garantir a segurança do paciente.

Estudo conduzido por Lima, Leventhal, Fernandes (2008) apontou que, dentre eventos adversos relatados pelos enfermeiros, se encontravam

17,2% de queda do paciente, seguidos de 16% de erro de medicação, 11,2 % presença de úlcera por pressão, 9,9% de infecção hospitalar e 6,6% de erros na identificação do paciente. As autoras recomendam a construção e o emprego de ações preventivas, para que essas ocorrências não se repitam, assim como o incentivo à notificação, como uma medida de revisão dos processos e a substituição da cultura punitiva pela monitorização continuada dos riscos reais e potenciais.

Cassiani (2010b) assegura que a não conformidade relativa aos medicamentos é comum, tanto na esfera mundial como nacional e suas consequências podem incluir danos ou lesões temporárias ou permanentes, e até morte. Tais eventos são determinantes por causas multifatoriais que envolvem a equipe multiprofissional. Acrescenta que, por essas razões, pesquisas vêm sendo conduzidas por profissionais de saúde, especialistas em segurança do paciente, autoridades sanitárias e órgãos internacionais, visando a analisar os sistemas de medicação, os métodos e instrumentos empregados para detectar os eventos com maior incidência, retirar o enfoque das causas direcionadas exclusivamente aos profissionais e, acima de tudo, melhorar a segurança na terapêutica medicamentosa.

Orlovsky (2005) descreve que 20% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) sofrem algum tipo de evento adverso. Dados da *WHO* (2009) reforçam também este percentual de eventos para todo período de internação hospitalar.

Beccaria et al. (2009) constataram que a UTIN é o local onde há maior ocorrência de eventos adversos, acrescentam que a equipe de profissionais de saúde, ao assumir a presença dos eventos, cria perspectivas para correção das falhas e implementação de melhorias no processo.

Na administração de hemoderivados e quimioterápicos, eventos adversos são decorrentes de não conformidade na identificação do paciente e foram descritos nas pesquisas de Schulmeister (2008), Askeland et al. (2009) e Burrows et al. (2009).

No Estado de São Paulo, a Lei nº 10.241/99, em seu artigo 2º assegura que, em todos os estabelecimentos de saúde, o indivíduo seja

identificado e tratado pelo nome e sobrenome, além reforçar que este não pode ser identificado por números ou códigos (São Paulo, 1999).

Ainda, no que diz respeito à segurança do usuário, a *JCI* (2009) propõe que as ações de segurança sejam empregadas, desde o primeiro contato do paciente com a instituição até o desfecho final e todos os padrões e elementos de mensuração adotados por esta certificadora, sejam embasados na segurança dos usuários, incluindo os acompanhantes, os visitantes e os profissionais.

Segundo Vecina-Neto (2011), os serviços de assistência direta ao paciente reúnem a maior parte das ações de saúde e caracterizam-se pela interação do usuário com os profissionais, pelos procedimentos desenvolvidos e detêm a maior concentração de processos críticos e de risco de uma instituição de saúde. Aponta também outro aspecto relevante como a incorporação de novas tecnologias, produtos e práticas de gestão.

Nesse contexto organizacional, inserem-se as Unidades Neonatais representadas pelos Berçários para o atendimento de RN de baixo risco, as UTI e Semi-Intensiva originadas dos centros de prematuros.

Em uma retrospectiva histórica, constata-se que as cinco últimas décadas foram marcadas pela expansão da neonatologia, decorrente da consolidação do conhecimento científico, do desenvolvimento da tecnologia apropriada para os neonatos, com destaque para os ventiladores mecânicos, monitores cardiorrespiratórios, incubadoras, o emprego do surfactante pulmonar, o reconhecimento e tratamento da dor neonatal e os indicativos do mínimo manuseio do RN (Toma, Tronchin, 1996; Scochi, Costa, Yamanaka, 1996; Belli, 1999 e Avery, 1999).

Estas transformações possibilitaram a sobrevivência de crianças nascidas cada vez mais prematuras, constituindo o maior contingente admitido nas UTIN.

Cabe mencionar que, com o advento das técnicas de reprodução assistida, ocorreu o crescimento das gestações múltiplas contribuindo para o aumento dos recém-nascidos prematuros (RNP) ou de baixo peso ao nascer, necessitando de cuidados intensivos.

Os processos de trabalho na terapia intensiva demandam atividades complexas e um volume elevado de procedimentos e protocolos, expondo constantemente o neonato ao risco de não conformidades ou a ocorrência de eventos adversos.

Kugelman et al. (2008) referem que a enfermagem absorveu a responsabilidade quanto à identificação do RN por atuar diretamente na assistência, mas, que deveria ser entendida como uma atividade multidisciplinar, tendo em vista a atividade que cada profissional desempenha nesse processo.

Pedreira (2009) cita que a segurança do paciente é uma questão abrangente, de responsabilidade multidisciplinar, portanto, requer engajamento político dos profissionais da saúde, dos pacientes e seus familiares, dos dirigentes de instituições governamentais ou do setor saúde, desenvolvendo um trabalho integrado.

1.3 O GERENCIAMENTO DE RISCO: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Em se tratando de gerenciamento de risco, várias instituições vêm trabalhando com essa ferramenta, para auferir e monitorar a qualidade assistencial.

Esta prática busca, dentre suas atividades, investigar as não conformidades ou os eventos adversos na assistência à saúde, definir e analisar indicadores assistenciais e gerenciais, investigar o evento sentinela, bem como emitir pareceres sobre as não conformidades, estabelecer protocolos e programas de ações preventivas, agregando informações às situações de risco no sentido de minimizá-las ou inibí-las.

De acordo com Feldman (2009) a gestão de risco advém de diferentes áreas e negócios, desenvolvidos pelas empresas metalúrgicas, automobilísticas e eletrônicas e, na saúde, essa sinergia vem sendo, gradativamente, incorporada.

O gerenciamento de risco consiste na aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas, recursos na avaliação e controle de

riscos ou eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Além disso, reúne um conjunto de condições e informações imprescindíveis para identificar os riscos, possibilitando aos gestores ações corretivas e preventivas, com o intuito de minimizar ou eliminar os eventos adversos ao mínimo possível (Feldman, 2004; Abboud, Silva, Feldman, 2009; Cassiani, 2010b).

Feldman (2009) estabelece a seguinte classificação para os riscos: risco assistencial/ocupacional; risco profissional; risco ambiental/resíduo e o institucional. O risco assistencial/ocupacional é proveniente das situações que envolvem a dinâmica dos cuidados ao longo da internação hospitalar; o profissional relaciona-se aos cuidados dispensados ao paciente pelo profissional. O ambiental/resíduo envolve os agentes físicos, químicos, biológicos que resultam em resíduo hospitalar lançados no meio ambiente pelas organizações de saúde e, por fim, o risco institucional, que diz respeito às situações de conflitos e crises no relacionamento interpessoal entre equipe de saúde, família, trabalhador e usuário.

Pesquisa realizada por Abboud, Silva, Feldman (2009), objetivando identificar os riscos em um hospital de cardiologia do Município de São Paulo, constatou que 80% desses tratavam-se de riscos relacionados diretamente à segurança dos pacientes.

Quinto Neto (2006) considera que todos os serviços de saúde podem apresentar falhas, provocando acidentes ou danos aos usuários, aos profissionais de saúde e à instituição. Classifica essas falhas em latente e ativa. A latente é determinada por problemas de ordem administrativa associada às fragilidades do sistema, culminando em dano ao usuário; apresentando entre outros fatores predisponentes: o excesso de carga horária de trabalho, o estresse no ambiente de trabalho e a supervisão inadequada. A ativa é concebida como um ato não seguro ou uma omissão, cometida por aqueles que assistem o paciente/usuário, e suas ações podem ter consequências adversas imediatas decorrentes de negligência, imprudência e imperícia.

Outro aspecto que envolve a não conformidade nos processos, diz respeito à implementação de ações e estratégias efetivas para sua prevenção.

A partir de 2006, a ONA acrescentou ao nível 1 o item gerenciamento de risco, exigindo que o critério de avaliação atenda aos requisitos formais, técnicos e de estrutura conforme a legislação vigente, identificando os riscos específicos, gerenciando-os com foco na segurança. Os riscos incluem os sanitários, os ambientais, os ocupacionais e aqueles relativos à responsabilidade dos profissionais em cada seção.

A *JCI*, acreditadora norte-americana, exige o cumprimento de metas internacionais de segurança, categorizadas de maneira a identificar o paciente corretamente, tornar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção e paciente corretos, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (*JCI,* 2008).

Diversos métodos de investigação e análise de risco encontram-se disponíveis para serem empregados no setor saúde, visando a alinhar os processos aos atributos segurança e qualidade.

Bohomol (2007) e Cassiani (2010b) descrevem, que para a melhoria do sistema de medicação, os principais métodos empregados são a Análise da Causa Raiz – *Root Causes Analysis* e o *FMEA*.

De acordo com Vincent (2009), a *JCI*, o *Veterans Administration* (*VA*) nos Estados Unidos da América e a *UK National Patient Safety Agency* (*NPSA*) estimulam o uso da ferramenta *FMEA*, por considerarem que a análise prospectiva de um processo é potencialmente melhor quando comparada à retrospectiva.

A metodologia do *FMEA* foi desenvolvida nos anos 1960 para obter maior confiabilidade na indústria espacial, sendo, gradativamente, incorporada à indústria automobilística. É um método analítico para identificar e documentar de forma sistemática as falhas em potencial de maneira a eliminá-las ou reduzir sua ocorrência (Miguel, 2001).

Para DeRosier et al. (2002), a ferramenta *FMEA* propicia às organizações registrarem de forma sistemática informações sobre as falhas nos processos ou produtos, ampliarem o conhecimento em relação aos problemas, implantarem ações de melhoria, baseadas em dados, devidamente monitorados, possibilitando redução dos custos por meio da prevenção. Do ponto de vista do comportamento organizacional, o emprego do *FMEA* favorece atitudes de cooperação, além de prevenção de falhas entre os trabalhadores e o desenvolvimento do trabalho em equipe.

A sequência para a elaboração de um processo de *FMEA* consiste nas seguintes etapas: definir a equipe multidisciplinar com autonomia para a tomada de decisão; conhecer os itens do processo sob análise ou que apresentam maior número de falhas; coletar dados exaustivamente; identificar os modos de falha e seus efeitos, bem como suas possíveis causas; determinar os índices críticos das falhas; propor e implementar ações para sua redução (Miguel, 2001).

Diante das considerações expostas e por reconhecer a magnitude dos problemas envolvendo a segurança do processo de identificação do neonato, os objetivos da pesquisa foram delineados a seguir:

OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar o processo de identificação do neonato admitido na UTIN e Semi-Intensiva de um hospital privado do Município de São Paulo.

2.2 ESPECÍFICOS

- Calcular o índice de conformidade relativa ao processo de identificação do neonato;
- Determinar os índices de conformidade nas três etapas do processo de identificação do neonato e;
- Analisar o fator de risco no processo de identificação do neonato, baseado na ferramenta *FMEA* vigente na instituição.

MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa constitui-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva dos dados.

O estudo exploratório, descritivo, quantitativo caracteriza-se pela coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de controle, empregando-se procedimentos estatísticos para analisar os resultados. Tem por finalidade observar, descrever e documentar aspectos de uma situação ou realidade, bem como pesquisar fatores relacionados ao fenômeno em questão (Polit, Beck, Hengler, 2004).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de direito privado, localizado no Município de São Paulo e, desde 2007, é acreditado pela ONA, em nível três.

A população atendida provém da rede conveniada de serviço de saúde ou da rede particular, incluindo vários Estados do território nacional, e é referência para atendimento de gestantes e RN de alto risco.

Na referida instituição, os leitos são distribuídos nas especialidades de tratamento clínico, cirúrgico, maternidade e terapia intensiva adulto, correspondendo a um total de 184 leitos.

A UTIN dispõe de 60 leitos e a unidade semi-intensiva neonatal de 22 leitos, alocados em três áreas distintas, localizadas no 1° andar (22 leitos), 2° andar (30 leitos) e 3° andar (30 leitos). Cabe esclarecer que nessas unidades, somente, são admitidas as crianças nascidas na instituição.

De acordo com relatório institucional, de 2010, dos 11.272 nascimentos/ano, 1,3% dos neonatos foram admitidos nas UTIN e semi-intensiva, a taxa de ocupação média dessas unidades foi de 84% e a média de permanência de 15 dias. Ainda, dados desse ano revelaram que, em relação ao perfil de neonatos, 174 (1,54%) eram de RN com peso ≤ a

1.500g, 198 (1,76%) gemelares e 147 (9,7%) eram crianças portadoras de síndromes malformativas.

O quadro pessoal de enfermagem das UTIN e semi-intensiva é composto por duas coordenadoras de enfermagem e 32 enfermeiros, em sua maioria, especializados em enfermagem neonatal, seguida de enfermagem obstétrica ou terapia intensiva. Os profissionais de nível médio: técnicos e auxiliares de enfermagem totalizam 140 pessoas.

A jornada de trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem é de 180 horas mensais e turnos de 12x36 horas; as coordenadoras cumprem uma jornada de 8 horas diárias.

A sistematização da assistência de enfermagem é realizada, empregando-se as etapas: histórico e exame físico, evolução e prescrição de enfermagem.

3.3 CASUÍSTICA/AMOSTRA

A casuística correspondeu às oportunidades de avaliação do processo de identificação do neonato admitido na UTI e semi-intensiva neonatal.

Para o cálculo da amostra, foi empregada a seguinte equação:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 pq}{m^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$: escore-z para o nível α de significância

p: proporção de não conformidade esperada

q: proporção de conformidade esperada (q = 1 – p)

m: margem de erro.

O tamanho da amostra correspondeu a 384 oportunidades de observação, considerando uma significância de 5%, z=1,96, p=0,50 e m=5%, o tamanho da amostra correspondeu a 384.

Tendo em vista que o total de observações foi atingido no 3º mês , optou-se por estender a coleta para o 4º mês, o que possibilitaria maior precisão ao fenômeno.

Desse modo, a amostra do estudo correspondeu a 540 oportunidades observadas, distribuídas, proporcionalmente, entre os andares e seus respectivos números de leitos.

O processo de seleção das oportunidades foi a de amostragem probabilística aleatória sistemática simples, considerando o número do leito por andar, o dia da semana e o turno de trabalho.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição[1], onde a investigação foi realizada, mediante o registro nº 02/10.

Vale salientar que, para realização do presente estudo, a diretoria da instituição foi previamente consultada, bem como o Comitê de Qualidade, por se tratar de um processo envolvendo a qualidade e o gerenciamento de risco, cujo monitoramento e avaliação estão sob a responsabilidade desse comitê.

Por se tratar de uma prática assistencial, na qual não haveria o envolvimento de seres humanos direta ou indiretamente, o presente estudo foi liberado do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme documento do CEP[2].

---

[1] e [2] Os documentos de aprovação da pesquisa e liberação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido não foram anexados a esta dissertação, em virtude do compromisso de anonimato da instituição assumido pelo pesquisador. Contudo, encontram-se em posse do pesquisador, podendo serem solicitados quando houver necessidade.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2010.

3.5.1 O instrumento de coleta de dados

Para coletar os dados, elaborou-se um formulário (Apêndice 1) denominado "Protocolo de identificação do RN admitido na UTI e Semi-Intensiva Neonatal", dividido em duas partes: a primeira, destinou-se ao registro dos seguintes dados: identificação da unidade por letra (A, B e C), data da coleta e turno de trabalho. Na segunda parte, foram coletados os dados mediante as seguintes variáveis:

- **Identificação do RN:** nome completo da mãe (se não, em quantas este item estava ausente), nome da mãe em todas as pulseiras (se não, em quantas este item estava ausente), o número de internação no código de barras (se não, em quantas o item estava ausente), o tipo de internação - convênio ou particular (se não, em quantas este item estava ausente);

- **Condições da Pulseira:** nome legível da mãe nas três pulseiras (se não, quantas estavam ilegíveis), confecção correta da pulseira - uso de etiqueta e pulseira plástica adequada para o tamanho do RN (se não, quantas pulseiras não atendiam ao item); e

- **Quantitativo de pulseira:** presença das três pulseiras de identificação do RN (se não, quantas pulseiras faltavam). Em se tratando de RNP, aquele nascido com idade gestacional $\leq$ de 37 semanas ou os neonatos que apresentarem edema nos membros superiores ou inferiores, portadores de síndromes malformativas ou com alergia ao material da pulseira. Nestas situações, as pulseiras deveriam estar afixadas no leito e em local visível.

O protocolo institucional do processo de identificação do RN admitido nas respectivas unidades deste estudo encontra-se descrito no Anexo 1.

O instrumento foi submetido a um pré-teste, sendo necessário realizar ajustes em alguns itens, no sentido de aprimorá-lo, sendo, posteriormente, aplicado.

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

De posse do relatório gerado por meio da seleção aleatória, descrita anteriormente, a pesquisadora compareceu às unidades nos dias, turnos, preenchendo o formulário à beira leito selecionado.

Caso não houvesse RN internado no leito sorteado, procedia-se a observação no próximo leito até completar o total de oportunidades definidas para o dia, andar e turno.

Desse modo, ocorreram 144 observações no turno da manhã, 216 no da tarde e 180 no turno da noite e em relação aos andares, no 1° foram realizadas 150 (27,8%) das observações e 195 (33,1%) nos 2° e 3°andares.

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica desenvolvida no programa *Microsoft Excel*® 2003 e, posteriormente, processados com o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS*®) versão 18.0, ambos em ambiente *Windows.*

Para analisar os dados, foram realizados a estatística descritiva e os testes do Qui-Quadrado para comparar as conformidades. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os resultados foram apresentados na forma de figura, tabelas e quadros, e as variáveis descritas por meio de frequências absoluta e relativa.

A ferramenta *FMEA* foi empregada para estimar o risco do evento ocorrer, mediante sua gravidade e probabilidade, considerando:

1. Ligeiramente Clínico/Não Clínico; 2. Grave Clínico/Não Clínico; 3. Muito Grave Clínico/Não Clínico e 4. Morte/Extrema) **multiplicado** pela probabilidade (1. Muito Improvável; 2. Improvável; 3. Provável e 4. Muito provável).

O resultado final foi expresso em índice, que pode determinar as ações de pró-atividade e as medidas de monitoramento para diminuir a ocorrência de falha, aumentar a confiabilidade dos processos e garantir a qualidade (Anexo 2).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Tendo em vista os critérios estabelecidos no Método, 540 oportunidades de observações foram avaliadas. A seguir são contemplados os resultados obtidos distribuídos em:

4.1 O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO RN

4.2 ESTIMATIVA DO FATOR DE RISCO NA IDENTIFICAÇÃO DO RN

4.1 O PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO RN

O processo de identificação do RN é de vital importância no que tange à segurança do paciente, tendo em vista a qualidade na assistência à saúde. Nele estão inseridos elementos estruturais da organização, a dinâmica dos cuidados, os aspectos éticos e legais, tanto dos profissionais de saúde envolvidos como das instituições.

Nessa visão, a segurança é uma das dimensões da qualidade assistencial que se refere ao direito das pessoas terem o "risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde, reduzido a um mínimo aceitável" (Runciman et al., 2009).

Os dados da Figura 1 representam a conformidade geral do processo de identificação do RN na UTIN e Semi-Intensiva.

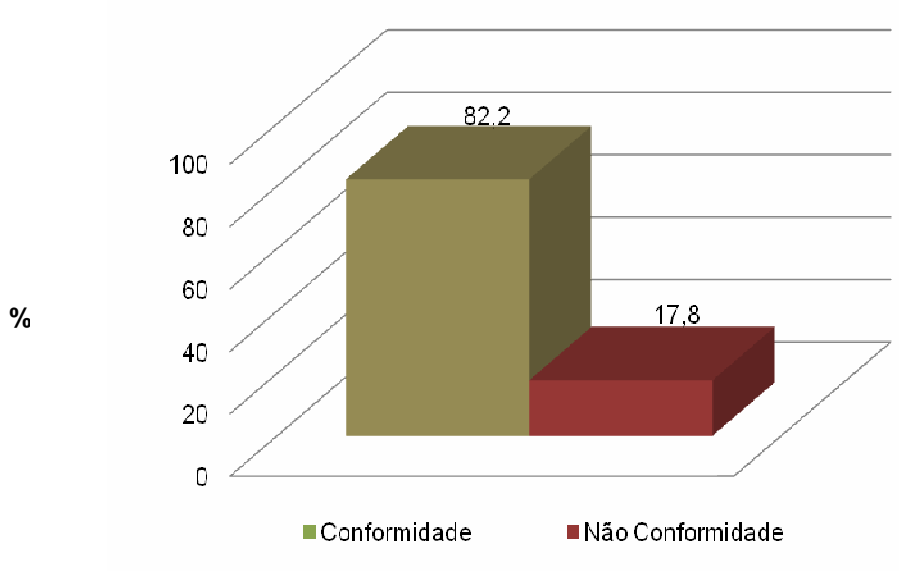

Figura 1 - Distribuição da conformidade e não conformidade no processo de identificação do RN, São Paulo - 2010

Pela análise da Figura 1, pode-se observar que o processo de identificação do RN na UTIN e Semi-Intensiva obteve um percentual de conformidade geral de 82,2%.

O estudo multicêntrico conduzido por Kugelman et al. (2008) constatou erro na identificação dos pacientes internados na UTIN de 11%. Os autores citados, que as crianças ficaram mais expostas a ocorrências de eventos adversos, em razão da idade gestacional precoce e do tempo de permanência na unidade.

No relatório emitido pelo Sistema *Vermont Oxford Network*, Suresh et al. (2004) também encontraram o percentual de 11% de não conformidade relacionada à identificação do RN na UTIN. Na descrição dos Padrões de Acreditação para Hospitais, a *JCI* cita que a questão da identificação do paciente continua sendo sua primeira meta internacional e aborda a segurança do paciente sob dois aspectos: identificação segura do indivíduo e os serviços e/ ou tratamento prestados à pessoa correta (*JCI*, 2008).

Ao comparar o presente estudo aos descritos acima, verificou-se que o percentual de não conformidade geral do processo esteve acima da literatura em, aproximadamente, 7%.

Desse modo, tornam-se imperativos a revisão do processo e o estabelecimento de metas para reduzir o percentual do índice de não conformidade. Para isso, a educação em serviço é uma excelente aliada, no sentido de capacitar e treinar a equipe de enfermagem, como também conscientizando a equipe multiprofissional de que se trata de uma ação conjunta, visto os riscos que se encontram.

Ao estudar três práticas assistenciais relacionadas ao controle e prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, Menezes (2009) encontrou índices de conformidade geral variando de 10,7% a 68%.

Os resultados explicitados pelos autores acima com os do presente estudo podem conduzir ao estabelecimento de parâmetros aceitáveis de conformidade de práticas assistenciais. Contudo, é imprescindível uma análise criteriosa dos desfechos causados por práticas não conforme o estado de saúde dos pacientes.

A seguir, os dados da Tabela demonstram essas etapas e o percentual de conformidade e não conformidade.

O processo de identificação do RN, de acordo com suas etapas:

Tabela 1 - Distribuição de conformidade e não conformidade, considerando as três etapas do processo de identificação do RN, São Paulo – 2010

N=540

Etapas	Conforme		Não Conforme		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Componentes de Identificação do RN	501	92,8	39	7,2	540	100,0	
Condições da Pulseira	502	93,0	38	7,0	540	100,0	0,046*
Quantitativos de Pulseiras	482	89,3	58	10,7	540	100,0	

*Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 1, evidenciou-se que das três etapas do processo de identificação do RN, o maior percentual de conformidade concentrou-se na segunda etapa, registrando 502 (93%) e o menor percentual encontrado de 482 (89,3%) correspondeu à presença das três pulseiras de identificação nos membros do RN.

Tendo em vista as diferentes etapas que compõem o processo de identificação, o reconhecimento das fragilidades em cada uma permitirá trabalhar as ações correspondentes de forma a reestruturá-lo em sua totalidade.

Nesse sentido, a enfermagem participa efetivamente das três etapas do processo e assumindo a maior responsabilidade em mantê-lo com os maiores índices de conformidade. Mas, entendendo que a segurança do paciente é uma dimensão institucional, os profissionais de saúde deveriam envolver-se no processo, especialmente, quanto ao pior item avaliado que foi a quantidade de pulseiras.

Mannos (2003) revelou que foram notificados ao banco de dados da *Veterans Affairs National Center for Patient Safety Root Cause Analyses* (*VA NCPS RCA)*, mais de 100 registros envolvendo erro de identificação do

paciente, que refletiram em outras não conformidade aos pacientes, como realização de cirurgias incorretas em razão da semelhança dos nomes, coleta incorreta de amostras de sangue em pacientes admitidos no mesmo quarto ou unidade de internação.

Estudo realizado pela *WHO (*2007) descreve que em, aproximadamente, 2 anos, a *United Kingdom National Patient Safety Agency (UK NPSA)*, recebeu o relato de 236 notificações de incidentes e quase incidentes, relacionados à ausência da pulseira de identificação ou pulseiras com informações erradas.

A *UK NPSA* (2005) recomenda que todos os pacientes devem usar, ao menos, uma pulseira para sua identificação, contendo as informações essenciais e a checagem deverá ser realizada antes de cada cuidado. Chama a atenção para os pacientes com restrições para fixar pulseiras como aqueles portadores de múltiplos acessos venosos, de problemas dermatológicos, os que se recusam a utilizar a pulseira e, ainda, os pacientes inconscientes e confusos. Acrescenta que cabe aos profissionais de saúde criarem e implementarem medidas para gerenciar essas situações.

Sevdalis (2008) relata a dificuldade em manter as pulseiras de identificação nos RNP.

Essa condição pode ter contribuído no resultado do presente estudo, uma vez que o quantitativo de pulseiras foi o pior índice avaliado. Mas, de acordo com o protocolo da instituição, esses RN são considerados especiais devendo as três pulseiras serem fixadas no leito.

Outro aspecto a ser destacado é a ausência de recurso material, no caso a pulseira de tamanho adequado para os prematuros, o que também interfere nesta etapa.

Cabe ressaltar que, na presente investigação, todos os dados de registro referiram-se ao paciente, não havendo informações de troca incorreta nas pulseiras dos neonatos.

A primeira e segunda etapas do processo de identificação são compostas de subprocessos, que também foram observados.

Os dados das Tabelas 2 e 3 mostram a distribuição dos componentes de identificação e condições da pulseira.

Tabela 2 - Distribuição de conformidade e não conformidade da etapa dos componentes de identificação do recém-nascido, São Paulo – 2010

N=540

Itens	Conforme		Não Conforme		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nome completo da mãe	504	93,3	36	6,7	540	100,0
Nome da mãe em todas as pulseiras	505	93,5	35	6,5	540	100,0
Presença do nº do código de internação	532	98,5	8	1,5	540	100,0
Presença do tipo de Internação	531	98,3	9	1,7	540	100,0

Pelos resultados apresentados na Tabela 2, constatou-se que o percentual de conformidade quanto aos componentes da primeira etapa variaram de 93,3% a 98,5%. Os maiores relacionaram-se à presença do código de internação 532 (98,5%) e presença do tipo de internação 531 (98,3%). Por outro lado, menor percentual relacionou-se à presença do nome completo da mãe nas pulseiras 504 (93,3%). Desse modo, o nome estava incompleto, mas não houve troca em nenhuma oportunidade da observação.

Estratificando este item, observou-se que o nome da mãe estava incompleto em 36 (6,7%) das observações. A falta de nome completo da mãe em uma das pulseiras correspondeu a 5,6% das oportunidades; em 0,9% observou-se a ausência do nome completo da mãe em duas pulseiras e 0,2% das oportunidades, o nome completo da mãe esteve ausente, pois não havia nenhuma pulseira de identificação no RN, ou ainda, afixada no leito conforme estabelecido no protocolo. Vale salientar que, neste caso, específico as três pulseiras encontravam-se em um compartimento não padronizado para fixação.

Quanto ao nome completo da mãe nas três pulseiras, notou-se 35 (6,5%) de não conformidade. Em 88,6% das oportunidades observadas, o

evento ocorreu em uma pulseira e, em 11,4% das oportunidades, a legibilidade esteve prejudicada em duas pulseiras.

Em relação à presença do código de internação, notou-se 8 (1,5%) ocorrências de não conformidade, sendo esta falha verificada em 87,5% das oportunidades de observação em uma pulseira. Quanto à visualização do tipo de internação, detectou-se 9 (1,7%) das não conformidades. Esta ocorrência foi observada em apenas uma das pulseiras; e em ambos os itens constatou-se falha relacionada à legibilidade dos registros das etiquetas, que impossibilitou sua leitura.

Cabe, ressaltar a importância da adequação do conteúdo das informações necessárias à identificação do RN, ao tamanho da etiqueta utilizada para a impressão, bem como estabelecer critérios para o registro de nome materno, abreviação deste quando necessário, situação de pessoas homônimas e a presença de gemelaridade, entre outras.

Gray et al. (2006) realizaram uma investigação buscando quantificar a exposição do neonato ao risco de algum tipo de erro frente à sua identificação, considerando o período de internação em UTIN. Em 44,1% dos dias de internação, a causa mais comum de erro na identificação relacionou-se à semelhança existente entre os nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes. No que se referiu aos sobrenomes idênticos, o risco foi 34% dos dias de internação e 9,7% para os nomes que soavam semelhantes. A questão da gemelaridade contribuiu com um terço dos dias dos pacientes internados na UTIN para este risco. Em média, 26% dos pacientes internados nesta UTIN estiveram sob risco de não conformidade em sua identificação.

Considerando todos esses fatores, ratifica-se a importância do estabelecimento de critérios para padronizar os dados e a linguagem impressa nas etiquetas de identificação. Além disso, o período de permanência do neonato na UTIN, acrescido ao fato de não poder participar do processo, colocam-no sob o risco de não conformidade em sua identificação.

Diante dessa realidade, a gestão de risco é uma ferramenta que possibilita estabelecer medidas abrangentes para o assistir com segurança e qualidade.

Para Oliveira et al. (2010), a gestão de risco é uma atividade complexa que extrapola os riscos assistenciais ou tecnológicos, cabendo aos gestores considerarem os riscos de outra natureza como os ambientais, humanos e organizacionais, trabalhados em parceria por diversos setores da organização.

Esses achados corroboram com a assertiva da *WHO* (2007), ao afirmar que erros de identificação podem acarretar sérias consequências ao paciente, como intervenção clínica indevida, que resulta em erros de medicação, transfusão de hemocomponentes, testes diagnósticos e em troca de RN. Alerta para o efeito cascata, com danos para outro paciente, ausência do cuidado devido, colocando em risco a segurança do paciente.

Nos dados da Tabela 3, encontram-se os achados da segunda etapa que abordam a legibilidade dos registros impressos na pulseira e sua confecção correta.

Tabela 3 - Distribuição de conformidade e não conformidade na etapa do processo: condições da pulseira de identificação do RN, São Paulo – 2010

N=540

Itens	Conforme		Não Conforme		Total	
	N	%	N	%	N	%
Itens legíveis	503	93,1	37	6,9	540	100,0
Confecção correta	539	99,8	1	0,2	540	100,0

Na Tabela 3, observou-se que a maior conformidade em relação à esta etapa relacionou-se a confecção correta da pulseira, 539 (99,8%), havendo apenas 1 (0,2%) não conformidade, relativa a um RN, que utilizava um tipo de pulseira destinada ao uso em paciente adulto.

Quanto ao item de legibilidade, constatou-se que houver 37 (6,9%) de não conformidades. Dessas, 32 (86,5%) encontravam-se ilegíveis em uma

pulseira de identificação do RN e 5 (13,5%) as informações estavam ilegíveis em duas das pulseiras.

Em relação à situação mencionada acima, a questão da ilegibilidade pode relacionar-se ao material da etiqueta utilizado para a confecção da pulseira ou à tinta de impressão. Ressalta-se a importância de uma análise prévia dos materiais que serão destinados para este fim, visto que esta pulseira pode sofrer desgaste em relação ao tempo de uso, exposição a água ou a produtos antissépticos.

Simpson et al. (2004) constataram que 25% dos erros de medicação graves decorreram de falha na identificação dos RN.

O erro de identificação ocorreu também na distribuição de leite materno, embora registrando o índice de 0,007% ao longo de 9 anos, não descartando os riscos relacionados à transmissão de doenças que, na maioria das vezes, são imensuráveis e irreversíveis (Dougherty e Nash, 2009).

Dados relativos aos neonatos em condições especiais

A seguir, os dados da Tabela 4 apresentam o resultado da conformidade e não conformidade dos neonatos, que se encontram em condições clínicas especiais, impossibilitando a fixação das pulseiras nos membros superiores e inferior.

Tabela 4 - Distribuição de conformidade e não conformidade, segundo a condição clínica do neonato, São Paulo – 2010

N=540

Condição	Conformidade		Não Conformidade		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
RN Não Especial	374	89,5	44	10,5	418	100,0	**0,895***
RN Especial	108	88,5	14	11,5	122	100,0	

*Teste Qui-Quadrado

Os achados da Tabela 4 mostraram que, do total das 540 observações, 122 (22,6%) corresponderam a neonatos em condição especial, nos quais, só existe a possibilidade de fixar as pulseiras de identificação no leito por motivos de: tamanho, presença de edema, alergia, entre outras especificidades. Nesse grupo de RN, a conformidade do protocolo instituído foi contemplada em 108 (88,5%). O percentual de não conformidade foi de 14 (11,5%). Nesse aspecto, em 1 (7,1%) caso houve ausência das três pulseiras de identificação; 4 (28,6%) observações referiram-se à ausência de uma das pulseiras e em 8 (57,2%) à ausência de duas pulseiras. O processo também esteve não conforme em uma situação em que foram encontradas cinco pulseiras de identificação, três afixadas no leito e duas, em local não apropriado.

O índice de conformidade para o outro grupo de neonatos foi de 374 (89,5%) e 44 (10,5%) de não conformidade. Na comparabilidade entre os grupos, não houve diferença estatística significante p=0,895.

4.2 ESTIMATIVA DO FATOR DE RISCO NA IDENTIFICAÇÃO DO RN

Para tratar a avaliação de risco na identificação do RN na UTIN com foco na instituição do presente estudo, vale salientar que o instrumento empregado traz o cálculo da estimativa de risco do processo, baseado na ferramenta *FMEA* (Anexo 2), retratado nos dados do Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição da estimativa de risco, segundo FMEA em duas etapas do processo de identificação do RN, São Paulo – 2010

Risco	Gravidade	Probabilidade	Estimativa do Risco
Ausência de uma ou mais pulseiras de identificação do RN	3	3	9
Pulseira de identificação do RN legível	2	2	4

O Quadro 1 demonstra como, atualmente, é estimado o risco na identificação do neonato. Os valores referentes à gravidade e à probabilidade variam de 1 a 4.

Desse modo, a estimativa de risco frente à ausência de uma ou mais pulseiras atinge o valor 9 de um total de 16; e a legibilidade da pulseira, o valor 4. No entanto, estes valores merecem ser vistos, diante dos resultados encontrados nas Tabelas 1 e 3.

Tendo em vista a ausência de percentuais para estimar a probabilidade, de acordo com os resultados verificados no processo, os dados dos quadros abaixo propõem uma estimativa de risco para as outras etapas do processo de identificação, não contempladas no protocolo institucional atual.

Quadro 2 - Proposta para avaliar a probabilidade de ocorrências, no processo de identificação do neonato, São Paulo – 2010

Probabilidade	Percentual
1. **Muito improvável**	≤ 85%
2. **Improvável**	85,1 – 90%
3. **Provável**	90,1 – 95%
4. **Muito provável**	≥ 95,1%

No Quadro 3, é proposta uma avaliação de risco com base nos achados deste estudo.

Quadro 3 - Proposta de avaliação de risco, no processo de identificação do neonato, São Paulo – 2010

Risco	Gravidade	Probabilidade	Estimativa do Risco
1ª Etapa do Processo			
Nome completo da mãe	3	2 (93,3%)*	6
Nome da mãe em todas as pulseiras	4	2 (93,5%)*	8
Presença do nº do código de internação	1	1 (98,5%)*	1
Presença do tipo de internação	1	1 (98,3%)*	1
2ª Etapa do Processo			
Pulseira de identificação do RN legível	3	2 (93,1%)*	6
Confecção correta	1	1 (99,8%)*	1
3ª Etapa do Processo			
Ausência de uma ou mais pulseiras de identificação do RN	3	3 (89,3%)*	9

* Percentuais identificados nesta pesquisa.

Vale ressaltar que essas duas propostas explicitadas nos quadros acima devem ser discutidas e validadas pelos profissionais da instituição, cenário deste estudo.

Na visão de Klück et al. (2002), uma medida expressa a realidade e quando validada traduz informações importantes, que servirão para melhorar os processos de qualidade na assistência à saúde.

Dessa forma, estas propostas pretendem agregar valor ao protocolo e à ficha de avaliação existente e permitir outras análises voltadas para cinco etapas do processo de identificação do RN na UTIN, não contempladas anteriormente.

CONCLUSÃO

O presente estudo abrangendo o processo de identificação do neonato internado na UTIN e Semi-Intensiva, possibilitou as seguintes conclusões:

- A conformidade geral do processo de identificação do RN atingiu o percentual de 82,2%;
- Das três etapas do processo, a que apresentou maior percentual de conformidade, foi a segunda, relacionando-se às condições da pulseira;
- O menor índice de conformidade foi atribuído a terceira etapa, referente ao quantitativo de pulseiras, com diferença estatística significante. Assim, foi a etapa que mais contribuiu para a diferença entre as três etapas do processo. No entanto, a ausência das três pulseiras foi verificada uma única vez;
- No que tange a primeira parte do processo de identificação, a maior conformidade encontrada foi relacionada à presença do número do código de internação com 98,5%, seguida do tipo de internação com 98,3%;
- Quanto a segunda etapa do processo, foi obtida conformidade de 99,8% em relação à confecção correta da pulseira e 93,1% de conformidade, relativa à legibilidade dos itens de identificação;
- Na terceira etapa do processo, referindo-se à presença das três pulseiras, esta foi estratificada para identificar as conformidades na condição dos RN especiais. Desse modo, o índice de conformidade nessa etapa do processo, para este grupo de neonatos, correspondeu a 88,5% e para o outro grupo de recém-nato foi de 89,5%; não houve diferença estatística significante;

- Em relação à estimativa do fator de risco, foi possível analisar cinco etapas do processo de identificação, ainda, não previstas pelo gerenciamento de risco empregado na instituição. A construção de uma proposta para estimar os riscos dos eventos serem julgados nas categorias: muito improvável, improvável, provável e muito provável, baseados nos achados do presente estudo, para aplicar a equação “Risco= gravidade x probabilidade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a complexidade que envolve o processo de identificação do neonato por ocasião de sua internação na UTIN e Semi-intensiva de uma instituição privada.

Permitiu estabelecer um diagnóstico situacional frente ao processo e identificar os aspectos vulneráveis que merecem ser revistos para a melhoria contínua da qualidade e segurança do neonato e família.

Nesse sentido, traz indicativos, para que o processo seja discutido e revisto no Comitê de Gerenciamento de Risco e de Qualidade da Instituição para implantar ações de melhoria, sobretudo as educativas relativas à presença das três pulseiras. Cabe destacar que esta etapa envolve fatores referentes ao estado clínico da criança, à adequação do material para o tamanho do RN, à conferência do quantitativo de pulseiras pelos profissionais de saúde, assim como a colaboração dos familiares e/ou acompanhantes.

Ressalta-se a escassez de literatura sobre as avaliações em saúde e estabelecimento de índices de conformidade aceitáveis, considerando a complexidade das práticas e as repercussões na saúde do indivíduo.

Nesse sentido, reconhece-se a necessidade de outros estudos para verticalizar a temática e considerar as medidas avaliativas nos serviços de saúde, possibilitando o estabelecimento de metas para melhoria contínua da qualidade assistencial e da segurança dos usuários.

Ao concluir esta investigação, ratifica-se a magnitude que envolve as dimensões da qualidade e segurança em saúde, porém é imprescindível conhecer a realidade dos processos de trabalho, estimulando a participação das pessoas, e o emprego de ferramentas destinadas a gerenciar os riscos

visando a minimizar as ocorrências de eventos adversos ou agravos aos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

Abboud CS, Silva RR, Feldman LB. Implantação do programa de gestão de risco: experiência do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo. Nursing 2009; 11(129):71-6.

Adami, NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000; 13 (n. esp. PT 1):190-6.

Askeland RW, McGrane SP, Kemp JD. Enhacing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. Healthc Q. 2009; 12 (sp):85-9.

Avery GB. Neonatologia: perspectivas na década de 1990. In: Avery GB, Fletcher MA, Macdonald MG (editores). Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. cap.1, p.3-7.

Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rer Bras Ter Intensiva 2009; 21 (3):276-282.

Belli MAJ. Mães com filho internado na UTI Neonatal: um estudo sobre representações sociais. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

Bohomol E. Erros de medicação em unidade de terapia intensiva geral de um hospital universitário do Município de São Paulo. [Tese]. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem; 2007.

Burrows JM, Callum JL, Belo S, Etchells E, Leeksma A. Variable pre-transfusion patient identification parctices exist in the perioperative setting. Can J Anesth. 2009; 56 (12): 901-7.

Canadian Council on Health Services Accreditation. CCHSA and Patient Safety 2003. [acesso 31 Jul 2003] Disponível em: ftp://ftp.cchsa.ca/pub/download/media/PatientSafety_en.pdf

Cassiani SHB (organizadora). Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis; 2010a. Cap 5:65-80.

Cassiani SHB (organizadora). Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis; 2010b. Cap 2:21-34.

Carvalho G, Rosemberg CP, Buralli KO. Avaliação e ação e serviços de saúde. Mundo Saúde. 2000; 24(24):72-88.

Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. Ann Inter Med.2002; 136:826-33.

DeRosier J, Stalhandske E, Bagian P, Nudell T. Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 2002;27(5):248-67.

D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm 2006; jan-fev; (59 (1): 84-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1922; 18 (11): 356-60.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed ? JAMA, 1988; 260(12):1743-8.

Dougherty D, Nash A. Bar Coding: A comprehensive breast Milk management system for the NICU: Early attempts to deal with breast milk erros. Neonatal Network 2009; 28 (5):321-28.

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

Feldman LB. Gestão de risco na enfermagem. In: Feldman LB, (organizadora) Gestão de risco e segurança hospitalar: Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabillidade de Ferramentas, Monitoramento. 2ª Ed. São Paulo (SP): Martinari; 2009.

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

Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, Plsek P, Goldmann DA, Horbar J. Patient Misidentification in the Neonatal Intensive Care Unit: Qualification of Risk. Pediatrics. Vol 117, nº 1, January, 2006, pp e43-e47.

Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegra: implementação e validação de indicadores. RAS 2002; 4 (16): 27-32.

Kugelman A, Inbar-Sanado E, Shinwell ES, Makhoul IR, Leshem M, Zangem S et al. Iatrogenesis in Neonatal Intensive Care Units: Observational and Interventional, Prospective, Multicenter Study. Pediatrics. 2008; 122 (3): 550-555.

Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressopostos teóricos. Acta Paulista. Esc. Enferm. 2006; 19 (1):88-91.

Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. Rev Einstein 2008; 6(4):434-8.

Malik AM. Quem é responsável pela qualidade na saúde ? RAP 2005; 39(2):351-64.

Mannos D. NCPS patiente misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. [acesso em: 11 jun. 2006]. Washington, DC, United States Department os Veterans Affairs, june-july, 2003. Disponível em: http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc

Menezes IRSC. Avaliação da conformidade de práticas de controle e prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em um hospital público de ensino. [dissertação]. São Paulo (SP), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

Mezono JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Manole; 2001.

Miguel, PAC. Qualidade: Enfoques e Ferramentas. São Paulo (SP): Artliber; 2001, cap. 8. p. 179-225.

National Patient Safety Agency. Safer practice notice 11: Wristbands for hospital inpatients improve safety. 2005. [acessado em 24 de Abr 2011]. Disponível em http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60032&type=full&servicetype=Attachment

Oliveira, MA, Ivarenga DC, Leão ER, Correia AD, Avansi PA. Gestão de Risco. In: Viana DL, Leão ER, Figueiredo NMA (organizadoras). Especialização em Enfermagem: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2010. p.29-34.

Organização Nacional de Acreditação (ONA). Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. 4ª ed. Brasília; 2006.

Orlovsky C. Nursing news. Critical care patients at risk for medical errors. c2005. [acesso 9 Mai 2009]. Disponível em http://www.nursezone.com/nursing-news-events/more-news/Critical-Care-Patients-at-Risk-for-Medical-Errors_26956.aspx.

Padrões de Acreditação da *Joint Commission Internacional* para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA; 2008.

Pedreira MLG. Erro humano no sistema de saúde. In: Pedreira MLG, Harada MJCS (organizadoras). Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. Sâo Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. p. 3-22.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Quinto Neto A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS 2006; 33(8): 153-8.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21 (1):18-26.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado. São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1:1. [acesso 24 abr. 2011]. Disponível em: http://www.al.sp;gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei%20n.10.241.%20de%2017.03.199.htm.

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

Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. Rev Paul Enferm. 1996; 9 (n.esp): 91-101.

Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S, Wristband Project Team. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2009; 15: 311-315.

Simpson JH, Lynch R, Grant J, Alroomi L. Reducing medication errors whitin the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2004, 89(6): 480-82.

Suresh G, Horbar JD, Plsek P, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. Pediatrics 2004; 113:1609-1618.

Toma E, Tronchin DMR. Estrutura e organização da unidade neonatal. In: Leone CR, Tronchin DMR. Assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo (SP): Atheneu; 1996, cap 1 p. 3-20.

Tronchin DMR, Melleiro MM. Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, (organizadora). Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010. p.71-83.

Vecina Neto G. Serviços de assistência direta ao paciente. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde, Rio de Janeiro (RJ) 2011, parte 3:

Organização e funcionamento dos serviços de saúde. 1. Serviços de assistência direta ao paciente. p. 209-229.

Vincent C. Segurança do Paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. Cap 2: 15-39.

World Heath Organization, Joint Commission International. Patient Identification. Patient Safety Solutions. Geneva; 2007. [acesso em 23 de Novembro de 2010]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-solution2.pdf

World Health Organization.World Alliance for Patient Safety. Geneva; 2008. [acesso 30 jul. 2010]. Disponível em : http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward Programme_2008.pdf

APÊNDICE

APÊNDICE 1

Formulário : "Processo de identificação do RN admitido na UTI e Semi-Intensiva"

UTI Neo _____ andar Data: _____

Turno: _____

O formulário abaixo deve ser preenchido de acordo com o sorteio e legenda pré-estabelecidos.

	Data da Coleta	**Oportunidade e nº do leito sorteado**						
		Op: L:	Op: L:	Op: L:	Op: L:	Op: L:	Op: L:	Op: L:
Etapa I	**Componentes de Identificação do RN**							
A	Nome completo da mãe							
B	Se não, quantas estão faltando o nome							
C	Nome nas 3 pulseiras							
D	Se não, em quantas estão faltando							
E	Nº Código de identificação							
F	Se não, em quantas pulseiras estão faltando							
G	Tipo de internação							
Etapa II	**Condições da Pulseira**							
H	Os itens estão legíveis							
I	Se não, quantas estão ilegíveis							
J	A confecção está correta							
Etapa III	**Processo de Conferência**							
K	Há 3 pulseiras de identificação							
L	Se não, quantas estão no RN ou leito							
M	RNPT ou RN em condições especiais (acesso venoso/ edema/ lesão de pele) as pulseiras estão afixadas no leito do RN							

Legenda

OP: Oportunidade

L: Corresponde ao nº do leito sorteado

C: para conformidade

NC: para não conformidade.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo do processo de identificação do RN da instituição envolvida no estudo

Cuidados de enfermagem na identificação do RN através de pulseiras

Procedimento realizado por:

- Enfermeira
- Auxiliar/Técnico de Enfermagem

Objetivos:

- Manter identificação do RN;
- Minimizar riscos referentes à identificação de paciente/ materiais;
- Obter satisfação dos pais.

Material:

- Pulseiras plásticas de identificação de RN (3),
- Etiquetas apropriadas para a identificação de pulseira,
- Impressora de etiquetas,
- Tinta de cera para impressora de etiquetas

Assistência de Enfermagem:

- Verificar a necessidade de troca da(s) pulseira(s) antes de providenciar a confecção de nova(s);
- Checar a quantidade de pulseiras e legibilidades das informações de identificação do RN que se refere;
- Checar no prontuário se essas informações estão corretas e realizar a conferência junto com a(s) outra(s) pulseira(s) presentes no RN;
- Após detectar a necessidade, providenciar a quantidade de pulseiras necessárias e proceder à confecção da etiqueta através do sistema informatizado;
- Afixar a(s) pulseira(s) após nova conferência dos dados do RN,

- Ajustar a(s) pulseira(s) nos punhos e/ou tornozelo, seguida da anotação em prontuário, com a devida justificativa para a troca.

Impressão de etiqueta para pulseira do RN/ mãe/pai

- Abrir o sistema informatizado com seu respectivo usuário e senha na unidade;
- Selecionar o RN que necessita de etiqueta para pulseira na listagem de pacientes internados da respectiva UTI Neonatal, conforme imagem abaixo;
- Buscar no Menu do sistema a opção de Consulta, depois a opção Atendimento, em seguida inserir o número de atendimento da mãe ou RN, selecionar o paciente (mãe ou RN);
- Confirmar os dados mediante a visualização na tela do monitor (computador);
- Solicitar e imprimir a quantidade de etiqueta(s) necessária(s) para a confecção da(s) pulseira(s);
- Fechar o sistema e realizar a identificação do RN.

Cuidados:

- A quantidade de pulseiras preconizada para a identificação do RN são três (3), sendo afixadas uma no MSD, uma MSE e outra qualquer membro inferior.
- A pulseira deve ser substituída quando estiver: saindo do braço ou tornozelo(s) do RN; solta no leito; frouxa ou apertada(s) no(s) membro(s), quando as informações do RN estiverem ilegíveis ou quando há mudança da acomodação materna.
- Sabendo que a confecção da pulseira ocorre decorrente de dados inseridos no sistema informatizado, ficar atento se todas as informações imprescindíveis estão impressas na etiqueta da pulseira, como: nome completo da mãe, número de atendimento da mãe (AD, quando a mãe estiver internada) ou do RN (se a mãe já recebeu alta). Importante lembrar que alguns convênios exigem internação imediata do RN quando são admitidos na UTI Neonatal e neste caso, deverá

ser selecionada pulseira pelo número de atendimento do RN. Observar também a presença da data de nascimento da mãe quando AD e do RN após a internação do mesmo.

- A troca da(s) pulseira(s) deve ser feita preferencialmente na presença dos pais. Quando as pulseiras forem removidas devido a uma necessidade assistencial, esta(s) deve(m) ser substituída(s) o mais rápido possível.
- Quando houver impossibilidade da fixação das pulseiras nos locais pré-determinados (MMSS e MMII), deixar a(s) pulseira(s) em local visível dentro da incubadora (região frontal) ou no berço, próximo a identificação do leito do RN.
- Atenção para confecção da etiqueta pulseira de gemelares atenção para a confecção da etiqueta,
- Deverá ocorrer a troca das pulseiras uma vez por semana e esta rotina de troca se estende aos responsáveis (pai e mãe).

ANEXO 2

Ficha de identificação e avaliação de risco na identificação do RN na UTI Neonatal da instituição estudada

RISCO	Gravidade (G) 1.Ligeira Clínico/Não Clínico 2.Grave Clínico/Não Clínico 3.Muito Grave Clínico/Não Clínico 4.Morte/Extrema Gravidade	Probabilidade (P) 1.Muito Improvável 2. Improvável 3. Provável 4.Muito provável	Estimar Risco R=(G x P)	Pró Atividade	Monitoramento
Ausência de uma ou mais pulseiras de identificação do RN	3	3	9	Providenciar pulseira na ausência de uma das três Realizar troca da pulseira quando estiver: saindo do braço ou tornozelo(s) do RN; solta no leito; frouxa ou apertada(s) no(s) membro(s), quando as informações do RN estiverem ilegíveis . No caso de RN prematuros onde a colocação das pulseiras está prejudicada devido a tamanho dos bebês, estas deverão estar afixadas na parede interna frontal da incubadora onde o mesmo se encontra ou no berço, próximo à identificação do leito, o qual o RN está acomodado. Conferir as pulseiras com os pais por ocasião da alta. Uma pulseira materna e outra do RN devem ser afixadas junto a Ficha da Maternidade, as quais serão arquivadas junto no prontuário no Serviço de Arquivo Médico (SAME)	Conferência a cada plantão
Troca da acomodação materna com RN internado na UTI Neonatal	2	2	4	Realizar a substituição de todas as pulseiras de identificação do trinômio (RN, mãe e pai), quando houver alteração de acomodação da puérpera.	Conferência diária
Pulseira de identificação da puérpera, pai, outro responsável ou do RN com itens ilegíveis	2	2	4	Confeccionar e realizar substituição por nova(s) pulseira(s). Realizar troca semanal de todas as pulseiras, conforme normativa em conjunto com a CCIH Garantir o acesso dos pais e ou responsável na UTI Neonatal e no Hospital.	Conferência diária