**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TEREZINHA HIDEKO TASE

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADE:
AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO
BINÔMIO MÃE-FILHO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**SÃO PAULO
2015**

TEREZINHA HIDEKO TASE

SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADE:
AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO
BINÔMIO MÃE-FILHO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

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

Orientadora: Profª. Drª. Daisy Maria Rizatto Tronchin

SÃO PAULO

2015

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: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Tase, Terezinha Hideco

Segurança do paciente em maternidade: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário / Terezinha Hideco Tase. São Paulo, 2015.

147 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin

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

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Segurança do paciente. 4. Enfermagem materno-infantil. I. Título.

TEREZINHA HIDEKO TASE

SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADE: Avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

Instituição: EEUSP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

*A meus pais, Sato e Yoshiteru, meu porto seguro,
A minha sobrinha Giovanna pelo incentivo e apoio,
À amiga Júlia Mieke, companheira constante.*

Meu carinho

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em minha vida, acompanhando-me e carregando-me nos momentos mais difíceis. Agradeço diariamente por estar presente e o Senhor me permitir cuidar das mães que são abençoadas pelos filhos que recebem.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Daisy Maria Rizatto Tronchin, por me permitir compartilhar sua sabedoria, pela disposição, paciência e confiança, sou eternamente agradecida, muito obrigada!.

Ao Professor Doutor Marcelo Zugaib, pelo apoio na realização deste estudo e pelo convívio diário no aprendizado e nos cuidados às gestantes, minha gratidão !.

À Doutora Floracy Ribeiro, pelo incentivo e apoio na busca pelo conhecimento científico.

À Doutora Rossana Pulcineri Vieira Francisco, pelo apoio na realização da pesquisa e constante incentivo.

Ao Doutor Soubhi Kahhale, por ter me acompanhado tanto na vida profissional como na acadêmica e pelos sábios conselhos.

À Senhora Maria Cristina Peres Braidó Francisco, pela confiança, disponibilização e apoio na realização do doutorado.

À Professora Doutora Marta Melleiro, pelo acolhimento, incentivo na realização da pesquisa e pela valiosa contribuição no Exame de Qualificação.

À Doutora Alda Valéria Neves Soares, pelas valiosas sugestões por ocasião do Exame de Qualificação.

Ao Doutor Nilton Hideto Takiuti e Dra Venina Isabel Poço Viana L. de Barros, pelas imprescindíveis sugestões no aprimoramento da pesquisa.

À Doutora Rosa Maria de S. Aveiro Ruocco, pela disponibilidade, sugestões e correções que permitiram aperfeiçoar esta pesquisa.

À Doutora Roseli Mieko Yamamoto Nomura, pela constante preocupação e incentivo na realização desta pesquisa.

Ao Doutor Mário Macoto Kondo, amigo presente em todo o percorrer da vida diária.

A Thais Mellugo Vieira, Ivanilde Aparecida Duarte Baião, Catiane Ferreira da Silva Leoni e Ana Maria de Sousa, pela valiosa ajuda na coleta de dados no Centro Obstétrico.

A Lucinda Cristina Pereira, pela amizade e disponibilidade em ajudar a qualquer momento.

À Doutora Ana Maria Kondo, pela amizade e partilhamento do cuidado às mulheres.

A Maria Aparecida Pereira Domingues, pela constante amizade e palavras de apoio e conforto.

A Neide Garcia da Silva, companheira no cuidar das mulheres.

À Professora Ivone Borelli, pela amizade e disponibilidade na revisão da língua portuguesa.

Ao Hospital das Clínicas da FMUSP, que permite a construção e o compartilhamento de conhecimento e do cuidado aos pacientes.

À Escola de Enfermagem da USP, pela receptividade na busca pelo conhecimento.

À Biblioteca da Escola de Enfermagem da USP, em particular, as senhoras Sonia Maria Gardim e Juliana Akie Takahashi.

Aos amigos da Divisão de Enfermagem, sempre presentes com incentivo e apoio.

A todos os amigos da Clínica Obstétrica, pelo convívio diário no trato de nossas mulheres e crianças.

A todos os trabalhadores da Clínica Obstétrica, obrigada pela preocupação e carinho no trato com as mães e com os RNs.

A todas as mulheres, mães e recém-nascidos, que deixam ser cuidadas, muito obrigada!

*O importante não é o que se dá,
mas o amor com que se dá*

(Madre Teresa de Calcutá)

Tase TH. SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADE: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A identificação inequívoca do paciente é um componente essencial na atenção à saúde e determinante para garantir uma assistência segura e de qualidade. **Objetivo geral:** Avaliar o protocolo de identificação por meio das pulseiras das mulheres admitidas na Clínica Obstétrica e dos neonatos no Centro Obstétrico em um hospital universitário do Município de São Paulo. **Método:** Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e prospectivo, realizado na Clínica Obstétrica e no Centro Obstétrico, em um hospital universitário de atenção terciária. A casuística correspondeu a 800 oportunidades de observação, selecionadas por amostragem probabilística aleatória simples. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2013 e março de 2014, conforme um formulário, contendo os itens das três etapas do protocolo de identificação: presença e quantitativo de pulseiras, componentes de identificação e condições da pulseira. A análise foi baseada na estatística descritiva e inferencial, com significância de 5%. **Resultados:** A conformidade geral do protocolo na Clínica Obstétrica correspondeu a 58,5% e no Centro Obstétrico a 22,3%. Quanto às três etapas, na Clínica Obstétrica, a maior conformidade foi nos componentes de identificação (93,4%) e a menor, condições da pulseira (70%). No Centro Obstétrico, a maior conformidade também foi nos componentes de identificação (69%), e a menor, condições da pulseira (44,5%), com diferença estatística significativa $p < 0,001$. Quanto aos itens avaliados na Clínica Obstétrica, nas três etapas, os melhores foram: a presença do registro hospitalar (99,5%) e o número sequencial do parto (98,3%); no Centro Obstétrico, a presença das pulseiras plásticas, do código de barras (100%) e do nome e sobrenome maternos (99%). Os piores índices de conformidade na Clínica Obstétrica corresponderam à legibilidade (76,1%) e às condições de uso da pulseira (80,3%); no Centro Obstétrico, foram as condições de uso (46,3%) e pulseiras no membro preconizado (55,2%). Na comparação entre as duas unidades, quanto à conformidade geral, houve diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$. **Conclusão:** Os achados possibilitaram retratar que há necessidade de elevar os índices de conformidade na Clínica Obstétrica na primeira e terceira etapas e nas três etapas do Centro Obstétrico. Outrossim, ratificam a relevância do monitoramento sistemático dos protocolos institucionais, possibilitando a implementação de medidas corretivas e preventivas no processo de identificação, visando a estabelecer metas assistenciais e gerenciais para a melhoria contínua da qualidade e segurança do binômio mãe-filho, dos profissionais de saúde e da instituição.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Segurança do paciente. Sistema de Identificação de Pacientes. Enfermagem Materno-Infantil.

Tase TH. SAFETY PATIENT IN MATERNITY HOSPITAL: protocol for the assessment of mother and child identification in a university hospital. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The unequivocal identification of the patient is an essential component in health care and crucial to ensure safe and quality care.

General Objective: To assess the identification protocol by means of bracelets for women admitted to the Obstetric Clinic and for newborns at the obstetric center in a university hospital in the city of São Paulo.

Methodology: Study quantitative, exploratory-descriptive and prospective study conducted in the Obstetric Clinic and Obstetric Center, in a university hospital of tertiary care. The sample corresponded to 800 opportunities of observation, selected by simpler random probability sampling. Data collection occurred between September 2013 and March 2014, according to a form containing the items of the three stages of the identification protocol: presence and quantity of bracelets, identification components and bracelet conditions. The analysis was based on descriptive and inferential statistics, with 5% significance. **Results:** The overall compliance to the protocol was as follows: Obstetric Clinic accounted for 58.5% and 22.3% for Obstetric Center. Regarding the three stages, in Obstetric Clinic, the major compliance was assigned to the identification components (93.4%) and the minor to bracelet conditions (70.0%). In Obstetric Center, the main conformity was related to identification components (69.0%) and the minor regarding to bracelet conditions (44.5%), showing a statistically significant difference $p < 0.001$. Regarding the items in the three stages of the Obstetric Clinic, the best was the presence of hospital records (99.5%) and the sequential number regarding child birth (98.3%); in the Obstetric Center, the presence of plastic bracelets, bar code (100.0%), maternal name and surname (99.0%). The worst compliance rates in Obstetric Clinic corresponded to legibility (76.1%) and the bracelet conditions of use (80.3%) and in the Obstetric Center, conditions of use (46.3%) and bracelets in the recommended member (55.2%). Comparing the two units, on the topic of the overall compliance, a statistically significant difference, $p < 0.001$ was observed. **Conclusion:** The findings allowed verifying the need to improve compliance rates in Obstetric Clinic in the first and third stages and in the three steps of the Obstetric Center. Also, showed the relevance of systematic monitoring of institutional protocols, enabling the implementation of corrective and preventive measures in the identification process aiming to establish care and management goals for the continuous improvement of quality and safety of mother and child, health professionals and the institution.

Keywords: Quality of Health Care. Evaluation of Health Services. Patient Safety. Patient Identification System. Maternal-Child Nursing.

Tase TH. SEGURIDAD DEL PACIENTE DE EN LA MATERNIDAD: evaluación del protocolo de identificación madre - niño en un hospital universitario. [tesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMEN

Introducción: La identificación inequívoca del paciente es un componente esencial en el cuidado de la salud e importante para garantizar una atención segura y de calidad. **Objetivo general:** Evaluación del protocolo de identificación mediante pulseras de mujeres ingresadas en la Clínica Obstétrica y de los recién nacidos en el centro de obstetricia de un hospital universitario en la ciudad de São Paulo. **Método:** Estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo y prospectivo realizado en la Clínica de Obstetricia y Centro Obstétrico, en un hospital universitario de tercer nivel de atención. La muestra correspondió a 800 oportunidades de observación, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se llevó a cabo entre septiembre 2013 y marzo de 2014, de acuerdo con un formulario que contiene los elementos de las tres etapas del protocolo de identificación: presencia y cantidad de pulseras, componentes de identificación y condiciones de la pulsera. El análisis se basa en la estadística descriptiva e inferencial, con un 5% de significancia. **Resultados:** La conformidad general del protocolo en la Clínica de Obstetricia representó 58.5% y 22.3% para el Centro de obstetricia. Para las tres etapas, en la Clínica de Obstetricia, la mayor conformidad fue a signada a los componentes de identificación (93,4%) y la menor para las condiciones de la pulsera (70,0%). En el Centro de Obstetricia la mayor conformidad también fue para los componentes de identificación (69,0%) y la más baja para las condiciones de la pulsera (44,5%), con diferencia estadísticamente significativa $p < 0,001$. Cuanto a los ítems en las tres etapas, en la Clínica de Obstetricia, fueron la presencia de los registros hospitalarios (99,5%) y el número secuencial de parto (98,3%); en el Centro de Obstetricia, la presencia de pulseras de plástico y el código de barras (100%), nombre y apellidos de la madre (99,0%). Las peores tasas de conformidad en la Clínica de Obstetricia correspondieron a la legibilidad (76,1%) y las condiciones de uso de la pulsera (80,3%); ya en el Centro de Obstetricia, fueron las condiciones de uso (46,3%) y las pulseras en el miembro recomendado (55,2%). Comparando las dos unidades, con relación a la conformidad general, hubo una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0,001$. **Conclusión:** Los resultados retratan que existe la necesidad de mejorarlas tasas de conformidad en la Clínica de Obstetricia en la primera y tercer etapas y en las tres etapas del Centro de Obstetricia. Además, confirman la relevancia de un monitoreo sistemático de los protocolos institucionales, lo que permite la aplicación de medidas correctivas y preventivas en el proceso de identificación con el fin de establecer las metas de atención y gestión para la mejora continua de la calidad y la seguridad de la madre y el niño, de profesionales de la salud y de la institución.

Palabras clave: Calidad de Atención a la Salud. Evaluación de los Servicios de Salud. Seguridad del paciente. Sistema de identificación del paciente. Enfermería Materno-Infantil.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, considerando as três etapas do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	66
Tabela 2 - Distribuição da conformidade e não conformidade, segundo a etapa quantitativo de pulseiras do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	69
Tabela 3 - Distribuição das condições apresentadas pelas gestantes/ puérperas especiais, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	73
Tabela 4 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, segundo a etapa componente de identificação das pulseiras nas gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	75
Tabela 5 - Distribuição das conformidades e as não conformidades, segundo a etapa condições da pulseira do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	77
Tabela 6 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, considerando as três etapas do protocolo de identificação do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	82
Tabela 7 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, segundo a etapa presença e quantitativo de pulseiras no RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	83
Tabela 8 - Distribuição das condições especiais apresentadas pelos RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	84

Tabela 9 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, segundo a etapa 2 componente de identificação da pulseira do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	86
Tabela 10 - Distribuição das conformidades e as não conformidades, segundo a etapa condições da pulseira de identificação do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	90
Tabela 11 - Distribuição da conformidade geral, considerando as três etapas do protocolo de identificação por pulseiras da gestante/puérpera e no RN e, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	94

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Organograma Matricial da Divisão de Enfermagem, ICHC-FMUSP - 2011.....	48
Figura 2 -	Fluxo de procedência, conforme o protocolo de Identificação do binômio mãe-filho no ICHC-FMUSP - 2014.....	56
Figura 3 -	Distribuição da conformidade e a não conformidade geral no protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	62
Figura 4 -	Distribuição da conformidade e a não conformidade geral no protocolo de identificação do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	63
Figura 5 -	Distribuição da conformidade geral e das três etapas do protocolo de identificação das gestantes/puérpera, segundo a condição especial e não especial, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	71
Figura 6 -	Distribuição das não conformidades nas condições da pulseira do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, segundo legibilidade e as condições de uso, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014	78
Figura 7 -	Distribuição da conformidade geral e nas três etapas do protocolo de identificação do RN com e sem condições especiais, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.....	85

Figura 8 - Distribuição das não conformidades nas condições da pulseira do protocolo de identificação dos RN, segundo legibilidade e condições de uso, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.	90
Figura 9 - Modelo do Diagrama Causa e Efeito no levantamento dos problemas da não conformidade no protocolo de identificação por meio de pulseiras das gestantes/ puérperas na Clínica Obstétrica, ICHC-FMUSP, 2014.....	105
Figura 10 - Modelo do Diagrama Causa e Efeito no levantamento dos problemas da não conformidade no protocolo de identificação por meio de pulseiras do RN no Centro Obstétrico, ICHC-FMUSP, 2014.	106

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Identificação por meio de Pulseira das Mulheres na Clínica Obstétrica	130
APÊNDICE 2 - Identificação por meio de Pulseira do Recém-Nascido no Centro Obstétrico.....	132

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Protocolo do processo de identificação Institucional..... 135

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola
de Enfermagem da USP (EEUSP) - CAAE:
14661213.7.0000.5392..... 140

ANEXO 3 - Aprovação do Comitê de Ética do Departamento de
Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP - CIAPP: 376/13..... 143

ANEXO 4 - Protocolo Institucional do Programa de Segurança do
Paciente Meta 1: identificação do paciente 144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CG	Conformidade geral
CO	Centro Obstétrico
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DE	Divisão de Enfermagem
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICHC	Instituto Central do Hospital das Clínicas
<i>IOM</i>	<i>Institute of Medicine</i>
<i>JCI</i>	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
<i>NPSA</i>	<i>National Patient Safety Agency</i>
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PS	Pronto Socorro
REBRAENSP	Rede Brasileira de Segurança do Paciente
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
1.1	JUSTIFICATIVA	22
1.2	QUALIDADE EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR	25
1.3	A IDENTIFICAÇÃO DO BINÔMIO MÃE-FILHO COMO ELEMENTO CONSTITUINTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE	31
1.4	HIPÓTESES DO ESTUDO	42
2	OBJETIVOS	43
2.1	OBJETIVO GERAL.....	43
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
3	MÉTODO.....	45
3.1	TIPO DE ESTUDO	46
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	46
3.3	CASUÍSTICA	51
3.4	COLETA DE DADOS.....	52
3.4.1	O Instrumento de coleta de dados	52
3.4.2	Operacionalização da coleta dos dados.....	54
3.5	ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	57
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1	A IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES/PUÉRPERAS E DO RECÉM-NASCIDO: conformidade geral dos protocolos	62
4.2	A IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES/PUÉRPERAS ADMITIDAS NA CLÍNICA OBSTÉTRICA.....	65
4.3	A IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO	81

4.4	COMPARAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO POR MEIO DE PULSEIRAS ENTRE A CLÍNICA OBSTÉTRICA E O CENTRO OBSTÉTRICO.....	93
5	IDENTIFICAÇÃO NA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL: do resgate histórico à implementação de intervenções.....	98
6	CONCLUSÃO.....	109
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICES.....	129
	ANEXOS	134

1 Introdução

1.1 JUSTIFICATIVA

Ao longo desses anos de vida profissional, desde a conclusão da graduação em enfermagem, em 1984, envolvi-me na assistência materno-infantil, percebendo a necessidade dos gestores e dos profissionais de saúde estabelecerem políticas e implementarem programas e estratégias destinadas a garantir a qualidade e a segurança do binômio mãe-filho nos estabelecimentos de saúde, assim como delinear métodos de avaliação para o monitoramento dos processos assistenciais e gerencias.

No decorrer dessa prática, assumindo a assistência e a gerência, venho deparando-me com diversas situações de risco e possibilidades de ocorrência de erros ou eventos adversos relacionados à identificação incorreta do paciente nas áreas materna e neonatal, que são potencializadas por ocasião do nascimento, dos homônimos, da amamentação e da alta hospitalar.

Em revisão de literatura e pela minha experiência profissional, nesses anos, reconheço e ratifico a importância do processo de identificação do binômio mãe-filho, respeitando-se os protocolos institucionais, a inter-setorialidade das atividades, a sensibilização e o compromisso dos profissionais de saúde, bem como a responsabilidade dos fornecedores de material confiável e seguro. Nesse aspecto, é imprescindível que todo usuário que adentre ao hospital para terapêutica - internado ou não, possua, pelo menos, uma pulseira plástica de identificação com dados precisos, capazes de o identificarem corretamente e que lhe permita assegurar sua identidade.

No entanto, constato que a identificação inadequada, ainda permeia as organizações prestadoras de assistência, sendo retratada por situações, como ausência de pulseira por vários dias ou mesmo ao longo da internação, presença de várias pulseiras destinadas a caracterizar riscos potenciais (queda, alergia, dentre

outros), pulseira com identificadores incorretos, como o nome, sobrenome, registro hospitalar ou ausência daqueles preconizados pelo protocolo institucional.

Destaco, ainda, circunstâncias quanto à legibilidade dos dados da pulseira e sua integridade material. Nesse aspecto, não é incomum os identificadores estarem ilegíveis, borrados ou rasurados, escritos manualmente e também as pulseiras rompidas, dobradas, manchadas, não possibilitando a visualização dos identificadores e, conseqüentemente, a identificação do paciente.

Outro ponto do processo de identificação ocorre nas ocasiões de presença de paciente homônimo ou com registro hospitalar similar e que compartilham a mesma clínica, quarto ou os serviços de apoio diagnóstico lado a lado.

Nesta última década, a instituição, cenário deste estudo foi marcada por mudanças expressivas na organização e a atuação da Divisão de Enfermagem (DE), como a criação do Serviço de Qualidade, Segurança do Paciente e Tecnologia em Saúde, constituindo-se em uma área de apoio da referida DE, tendo como principais competências: construir ambiente de cultura de segurança, aprimorar a comunicação entre os profissionais, trabalhar em consonância com as metas propostas pela Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), propiciar ambiente seguro para a prática livre de riscos aos trabalhadores, pacientes/famíliares, analisar indicadores e propor ações para melhorias, assegurar uma equipe de enfermagem competente e reduzir custos em função da prática segura (Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo HC-USP, 2011).

Esta iniciativa vem oportunizando a revisão e as mudanças nos processos assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa, incluindo os protocolos e os procedimentos operacional-padrões (POP), aquisição de equipamentos tecnológicos e o

realinhamento das práticas às metas organizacionais e também às iniciativas nacionais e internacionais de segurança do paciente. No bojo dessa reestruturação, encontra-se o processo de identificação do paciente, especialmente, em relação ao tipo de material das pulseiras plásticas, seleção dos identificadores, inclusão do código de barras, processo de conferência, forma de impressão e normatização de protocolo institucional.

No entanto, observo que o protocolo de identificação por meio da pulseira do binômio, ainda, apresenta pontos vulneráveis, sejam aqueles referentes ao processo em si, assim como os que envolvem os profissionais que o executam e as condições estruturais. Associados a isso, verificam-se outros fatores intervenientes, como: diferenças entre a condição de ser gestante e puérpera, aparato tecnológico, compromisso da equipe multidisciplinar, deslocamento do paciente e a especificidade do neonato que, no caso, não dispõe de mecanismos que possam contribuir para confirmar os dados de identificação.

Outro aspecto a destacar diz respeito à inexistência de avaliações destinadas a mensurar a qualidade no emprego do protocolo de identificação do binômio por meio das pulseiras com vistas à detecção dos problemas, envolvendo os diferentes setores institucionais e a proposição de medidas corretivas e preventivas capazes de reduzir os danos, sobretudo, o prolongamento da internação, incapacidade, troca de RN e morte.

A vivência dessa realidade originou algumas indagações:

a) As pulseiras empregadas e seus identificadores têm possibilitado identificar corretamente o binômio mãe-filho? b) Quais são os índices de conformidade do protocolo de identificação por meio da pulseira da mulher e do RN nas Unidades Obstétricas? d) Em se tratando de um processo, qual etapa é mais vulnerável às não conformidades? Há diferença dos índices de conformidade entre as unidades?

Diante das considerações explicitadas e por reconhecer a importância de um processo seguro de identificação do binômio e o impacto das não conformidades no estado de saúde, na qualidade e segurança assistencial, na segurança dos trabalhadores e no compromisso institucional é que me dispus a realizar a presente investigação.

1.2 QUALIDADE EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR

Durante décadas, a qualidade vem sendo foco de atenção no cuidado à saúde. Compreender a magnitude dos danos ocasionados pelo descaso ou negligência desse atributo, remete-nos a refletir e discutir a respeito dos componentes ou elementos intervenientes na qualidade e segurança no setor saúde.

Para Tronchin (2011), a qualidade nas instituições de saúde é um atributo inquestionável e, dessa forma, os gestores e os trabalhadores desse setor vêm preocupando-se em explicitar seu significado em políticas, metas e ações, visando a atender às expectativas e às necessidades dos usuários, cientes de seus direitos como cidadãos.

Nessa direção, para atingir a excelência nos serviços, torna-se imperativo que os gerentes das organizações construam e implementem uma política de qualidade, atrelada a um contínuo monitoramento, o que viabiliza produtos e serviços com maior uniformidade, com redução das não conformidades, menores custos, ausência de desperdício e retrabalho (Miguel, 2001).

Corroborando essa assertiva, Tronchin et al. (2009) entendem que a qualidade deve permear as políticas e as metas organizacionais direcionadas à assistência baseada nos pressupostos de segurança e satisfação dos serviços de saúde, assim como dos trabalhadores atuantes nessa área.

A qualidade em saúde é definida, como o conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos e um mínimo risco ao usuário. A qualidade pode ser ainda referida, como a satisfação das necessidades dos usuários, considerando os valores sociais existentes. Esse conceito foi ampliado, podendo ser agrupado em sete componentes: eficácia; eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1988; 1992a).

Donabedian (1988; 1990; 1992b) traz a ideia de que a qualidade não se constitui em algo abstrato, e sim é construída pela avaliação assistencial propondo, que esta seja realizada pela análise da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados. Assim, estabeleceu um modelo avaliativo, tendo como foco os serviços de saúde e as práticas assistenciais, pautado nas dimensões de estrutura, processo e resultado.

De acordo com modelo, o componente da estrutura envolve os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros, os equipamentos, as políticas de capacitação profissional e o estabelecimento de protocolos assistenciais. O de processo corresponde ao conjunto de atividades na produção; e, no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, incluindo a busca pelo diagnóstico e pela terapêutica. E, finalmente, o de resultado, que é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde aos usuários, o custo mensurado, e se esse é compatível com a sustentabilidade da organização.

Há cerca de três décadas, esse referencial vem fundamentando os processos avaliativos nas instituições de saúde, possibilitando que ações e programas sejam revistos e aprimorados (Tronchin, 2011).

A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (2006) conceitua qualidade como o grau, no qual os

cuidados com a saúde do usuário aumentam a possibilidade da desejada recuperação e reduzem a probabilidade de surgir eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento.

D’Innocenzo; Adami e Cunha (2006); Feldman e Cunha (2006) compreendem a qualidade nos serviços de saúde, como a busca incessante para a identificação de falhas nos procedimentos e nas práticas que organizam as ações, conduzindo à melhoria dos processos e resultados, visando às conformidades estabelecidas pelos órgãos reguladores e a satisfação dos usuários.

Em se tratando da qualidade em saúde, Malik (2006) aponta três componentes essenciais para conceituá-la: primeiro, os cidadãos; segundo, os técnicos envolvidos na prestação da assistência ou as ações voltadas à saúde/qualidade de vida e, terceiro, os tomadores de decisão (gerentes responsáveis pela alocação de recursos, políticos que definem prioridades, entre outros). Também, há outros fatores a considerar, como os fornecedores, os reguladores e os financiadores do setor saúde.

Tendo em vista os conceitos supracitados, podem ser observados elementos cruciais relativos à qualidade em saúde, como o grau de atendimento dos padrões estabelecidos, os benefícios advindos dos tratamentos propostos, a capacitação dos profissionais, a implementação de protocolos que norteiem as ações, bem como a satisfação do usuário com o serviço prestado e sua segurança.

A temática segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade e vem sendo referida e discutida nos setores prestadores de serviço de saúde, nas entidades de classe e pelos órgãos governamentais nos âmbitos internacional e nacional.

No entender 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 tais

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. Conforme Brasil (2013), este constructo consiste na "redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde".

Corroborando essa definição, a segurança do paciente consiste no processo de livrá-lo de lesões acidentais, estabilizando os sistemas e processos operacionais, com o objetivo de minimizar a probabilidade quando ocorrem ou evitar a ocorrência delas (Kohn; Corrigan e Donaldson, 1999; Watcher, 2010).

Becher e Chassin (2001); Runciman et al. (2009) mencionam que existem três tipos de problemas que interferem na qualidade e na segurança do paciente, aqueles relativos ao erro, propriamente dito, os referentes aos deslizes e os envolvendo lapsos dos profissionais de saúde. Tais situações podem ser vistas quando os trabalhadores proporcionam cuidados de saúde, ainda que os riscos excedam os benefícios ou nas ocasiões em que os profissionais falham ao promoverem cuidados efetivos que poderiam melhorar os resultados e, finalmente, quando dispensam cuidados sem as requeridas competências ou habilidades.

A segurança do paciente pode ser aprimorada pela implementação de ações que envolvam a prevenção do erro e de eventos adversos, tornando-os visíveis e mitigando seus efeitos quando estes ocorrem. Isto requer habilidade para aprender com os erros, adquirir capacidade para antecipá-los, investigar os pontos vulneráveis do sistema e reconfigurar sua estrutura, se necessário (*World Health Organization* - WHO, 2002).

Para o *Institute of Medicine* - IOM, o erro é a falha de uma ação planejada ser completada ou o uso de um plano inadequado para o alcance de um objetivo, incluindo problemas na prática, nos procedimentos, no produto ou nos sistemas (WHO, 2002; Aranaz-Andrés et al., 2009).

Nessa ótica, os erros são multicausais, envolvendo fatores latentes do sistema, de seus processos, da própria estrutura e dos indivíduos gestores ou prestadores da assistência. Portanto, grande parte dos eventos adversos e erros não é resultado de negligências ou falta de capacitação dos profissionais, mas, em razão de causas latentes no interior do próprio sistema (Reason, 1990, WHO, 2002; Watcher, 2010; *American Academy of Pediatrics*, 2011).

D’Innocenzo (2006), Harada et al.(2006) e Wachter (2010) pontuam que, no contexto de saúde, a percepção de risco e segurança são questões complexas em razão dos inúmeros elementos constituintes do processo de trabalho, das particularidades e características de cada realidade e do caráter multifatorial que estão por trás das falhas no sistema.

Constata-se que, ainda, não há clareza na compreensão do dano e da extensão dos problemas causados pelo cuidado inseguro, assim como o impacto que tal fato representa na população mundial.

Nessa direção, o grupo de trabalho da *WHO - World Alliance for Patient Safety* examinou 23 principais tópicos relacionados à segurança do paciente, categorizados conforme o modelo avaliativo Donabedian, mostrou que de 3% a 16% dos pacientes hospitalizados são vítimas de danos decorrentes de cuidados inseguros e que 30% a 50% dos eventos adversos são preveníveis. A maior parte dessas evidências advém de países desenvolvidos, visto que os países em desenvolvimento carecem de estudos sistemáticos sobre os danos decorrentes de cuidado inseguro, havendo, portanto, uma subnotificação dos fatos (Jha et al., 2010).

Nessa ótica, considera-se que a compreensão do dano, causado pelo cuidado inseguro atrelado à consciência e às atitudes dos profissionais na prestação de cuidado à saúde, relacionado à

segurança do paciente são pontos relevantes, que guardam estreita relação com a cultura de segurança institucional.

A cultura de segurança com abordagem na falibilidade humana concentra-se nas condições sob as quais as pessoas trabalham para criar defesas no intuito de prevenir erros ou mitigar seus efeitos, quando estes ocorrem. Portanto, na ocorrência de evento adverso, o foco é direcionado aos processos no âmbito coletivo, e o equilíbrio deverá ser conseguido, quando são atingidas duas principais variáveis: a compreensão sistêmica do erro e a não tolerância ao erro (*American Academy of Pediatrics, 2011; Barnsteiner, 2011*).

Para Barnsteiner (2011), embora a complexidade do cuidado de saúde possa apresentar obstáculos para a aquisição de uma cultura de segurança, o conhecimento dos fatores humanos fortalece os princípios nos sistemas de saúde, visando a evitar os erros e danos decorrentes da inerente falibilidade humana. Essa assertiva pressupõe quatro componentes: a notificação do evento, a justiça, a flexibilidade e o aprendizado.

Organizações consideradas seguras e confiáveis são aquelas que têm a cultura de segurança, promovem um ambiente de aprendizado e cuidado baseado em evidências, possibilitando um ambiente seguro de trabalho para os trabalhadores de saúde e comprometendo-se com a qualidade do cuidado (Carroll e Rudolph, 2006). Assim, a cultura de segurança requer líderes atuantes e comprometidos com o engajamento e o fortalecimento de todos os trabalhadores (Barnsteiner, 2011).

Não obstante, para Sandler, Langeberg, Dohmalek (2005), Harada et al. (2006) e Quinto Neto (2006), os profissionais de enfermagem esforçam-se para proporcionar a melhor assistência possível controlando, orientando e realizando a maioria dos cuidados e, mesmo assim, não impedem que a não conformidade

e/ou os eventos adversos ocorram em razão da natureza humana, causa principal de quase todos os erros do processo.

Por conseguinte, enfermeiros e profissionais de saúde envolvidos no processo de assistir-cuidar necessitam entender a vulnerabilidade das instituições de saúde e compreender como o conhecimento, as habilidades e as atitudes conduzem à prática segura e de qualidade.

1.3 A IDENTIFICAÇÃO DO BINÔMIO MÃE-FILHO COMO ELEMENTO CONSTITUINTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é questão global e abrangente que afeta todos os países, independentemente do nível de crescimento e desenvolvimento econômico, sendo considerada temática prioritária no setor saúde, que imputa inúmeros desafios aos prestadores de serviços e órgãos governamentais, de modo a propiciar uma assistência segura e de qualidade.

É provável que, anualmente, milhões de pacientes em todo o mundo sofram injúrias ou morte em razão de uma assistência insegura. Nesse aspecto, torna-se imprescindível entender a magnitude do dano causado pelos erros cometidos, identificando seus principais fatores, além da busca de soluções eficientes e efetivas para os diferentes contextos e ambientes, no intuito de propiciar a construção de sistemas de saúde seguros, capazes de atender às necessidades e expectativas dos usuários e dos trabalhadores com qualidade e segurança (Becher, Chassin, 2001; WHO, 2002; WHO, 2008a; Jha et al., 2010).

Na área de saúde, a efetividade dos serviços prestados está associada não só a macrorresultados, mas também às questões do microespaço pertinentes ao dia a dia, onde se processam as atividades assistenciais e gerenciais.

Nesse cenário, depara-se com inúmeras situações referentes à assistência de enfermagem que, de algum modo, podem induzir a erros ou eventos adversos com agravos no estado de saúde dos usuários ou, até mesmo, a morte.

De acordo com Osmo (2011), a organização hospitalar é, reconhecidamente, uma das mais complexas, em razão da coexistência de inúmeros processos assistenciais e gerenciais, de diversas linhas de produção simultâneas e de uma fragmentação dos processos de decisão representados pela equipe multidisciplinar, cada qual com seu grau de autonomia. Nesse ambiente, vários interesses competem entre si: os dos usuários com suas necessidades e expectativas, os dos trabalhadores que buscam condições de trabalho adequadas, os dos proprietários, dos fornecedores, das empresas seguradoras e de planos de saúde, além dos interesses dos poderes formalmente constituídos.

Assim, nota-se que, em cada etapa do processo de cuidar, encontra-se um grau de insegurança, representado pelos efeitos colaterais das drogas utilizadas ou de suas combinações; pelos riscos impostos pela tecnologia necessária ao cuidado; pelo material e produtos de qualidade inferior ou mesmo com defeito; pela quantitativa e qualitativa deficiência de trabalhadores para a assistência, ou mesmo, pela falha ou falência do próprio sistema (Wachter, 2010).

Para a WHO (2002), a complexa combinação de processos, tecnologia e interação humana que constituem o moderno sistema de promover cuidados de saúde, destina-se a produzir benefícios; contudo envolve certo risco e a presença de eventos adversos.

A detecção ativa dos erros ou não conformidades irá, inevitavelmente, ocorrer, em sistemas tão complexos como o de cuidado à saúde, levando, muitas vezes, a consequências

desastrosas, incluindo a morte (Watcher, 2010; American Academy of Pediatrics, 2011).

A identificação do paciente é uma área de alta prioridade dentre os inúmeros processos gerenciais e assistenciais nos serviços de saúde, pois, quando ocorre algum erro ou evento adverso, relativo à não conformidade na identificação, os desfechos, na maioria das situações, são catastróficos. Por outro lado, é uma prática detentora de medidas evitáveis quando valorizada pelos profissionais de saúde e por necessitar de material de baixo custo e ser descrita em protocolos institucionais (Bates et al., 2009).

O problema da ocorrência de eventos adversos no cuidado de saúde não é recente. Estudos apontando essa questão datam dos anos de 1950/1960, mas, em um primeiro momento, estes foram negligenciados, re-aparecendo nos anos de 1990, mediante a publicação do *To Err is Human: building a safer health care system*, pelo IOM (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999; WHO, 2002).

Tais fatos expuseram uma realidade infortuíta, tornando visível a preocupação com a segurança do paciente, incluindo-a na agenda política de muitos países, além de fomentar crescentes debates públicos a respeito da segurança nos cuidados de saúde (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999; WHO, 2002; Donaldson, Fletcher, 2006; WHO, 2008a; Pedreira, Chanes, 2011).

A WHO destacou-se por priorizar esse tema e liderar o movimento em prol da segurança do paciente, a partir de 2000, incluindo este tópico na agenda política de seus países membros. Desde então, diversos programas e iniciativas vêm sendo implementados por esse órgão, visando a fortalecer as discussões e os movimentos relacionados à segurança do paciente, aprimorar os processos de trabalho nos sistemas e serviços de saúde, desenvolver ferramentas capazes de transformar a realidade no setor saúde e reforçar as estratégias pautadas em processos mais seguros e eficazes no cuidado ao paciente (WHO, 2002).

No ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, composta por várias organizações nacionais e internacionais, congregando diversos países membros, organismos e especialistas interessados na área de segurança do paciente, cuja missão consiste em coordenar, disseminar e instituir melhorias de segurança do paciente em âmbito mundial (WHO, 2008b).

Em 2007, a WHO em parceria com a *Joint Commission International* - JCI, acreditadora norte-americana, divulgou nove soluções para prevenção de erros e eventos adversos no cuidado à saúde. Estas soluções são definidas, como projetos ou intervenções nos sistemas, que são capazes de prevenir ou atenuar o dano ao paciente e contemplam: gerenciamento dos riscos associados a medicamentos com aparência ou com nomes semelhantes; identificação do paciente; comunicação durante a transferência da responsabilidade pelo paciente; realização de procedimento correto na parte correta do corpo; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado; evitar conexão errada de cateter e tubo; uso de dispositivo único para injeção e melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado à saúde (WHO, 2007b; WHO, 2008b).

Frente a essa realidade, a identificação do paciente é apontada como uma das soluções e um componente essencial e crucial na assistência segura, que se realizado corretamente, será passível de prevenir inúmeros erros ou eventos adversos nos diversos âmbitos da prática do cuidado.

Nessa direção, a WHO (2007a) determinou medidas para a identificação inequívoca do paciente, como: a presença da pulseira desde sua admissão até a alta, a conferência da pulseira por todos os profissionais de saúde antes do cuidado, estabelecimento de protocolos institucionais prevendo as excepcionalidades, como homônimos, abreviações ou impossibilidade no uso da pulseira.

Destacou a importância do envolvimento do paciente/família no processo de identificação, sobretudo na conferência dos dados e na necessidade em portar a pulseira.

Desse modo, estabeleceu um importante programa internacional com diversas áreas de operação, atentando para aspectos comportamentais de pacientes e profissionais da saúde; taxonomia; tecnologia; soluções práticas e desafios; pesquisa; conhecimento e educação para o cuidado seguro (WHO, 2008b).

No Brasil, acompanhando o processo histórico - evolutivo da WHO, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, em 2008, foi estabelecida a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP, cuja finalidade é disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, universidades, escolas, organizações não governamentais e entre os usuários e seus familiares (Cassiani, 2010; Melleiro et al., 2012).

Essa rede, em trabalho conjunto com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN SP, elaborou os dez passos para a segurança do paciente, contemplando os principais pontos da prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidado e que impactam diretamente na segurança do paciente (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo COREN SP, 2010).

Adensando as iniciativas e medidas destinadas à segurança do paciente, a **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, ANVISA, por meio da RDC 63/2011, determina que os serviços de saúde adotem estratégias e ações destinadas aos seguintes tópicos: identificação do paciente, higienização das mãos, prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência, à saúde, segurança cirúrgica, administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, prevenção de quedas

e úlceras por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência (Brasil, 2011).

Outra importante resolução estabelecida pelo órgão supracitado, com o Ministério da Saúde (MS) refere-se à Portaria nº 529/20013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, objetivando promover melhorias relativas à segurança do paciente, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos na assistência à saúde. Esta portaria determina a obrigatoriedade pelos estabelecimentos de saúde da implantação de um núcleo de segurança do paciente, passando a ser compulsória a notificação mensal de eventos adversos associados à assistência à saúde (Brasil, 2013).

Essa realidade ratifica a importância e o movimento na busca pela segurança do paciente, e a presença marcante da identificação do paciente nesse processo.

Nesse sentido, são encontradas as diretrizes construídas pela WHO (2007a), visando a tornar o processo de identificação do paciente seguro nos estabelecimentos de saúde, a saber:

- ❖ Criar uma padronização, para a identificação do paciente, a ser empregada em distintos setores da instituição, por meio do uso da pulseira, que permita inserir dados, como o nome e data de nascimento, seguidos de escrita gráfica por meio de tecnologia biométrica;
- ❖ Incentivar o uso de, pelo menos, dois identificadores para verificar a identidade do paciente, por ocasião da admissão, transferência ou na execução do cuidado; contraindicando o número do quarto ou do leito;
- ❖ Reforçar a responsabilidade dos profissionais de saúde na conferência da identificação correta do paciente, eliminando a possibilidade de erro/evento adverso;
- ❖ Construir protocolos claros e objetivos para identificar pacientes, bem como descrever as situações especiais,

sobretudo, daqueles que não possuem identidade, dos homônimos, dos pacientes com transtornos mentais ou comatosos; e

- ❖ Incentivar a participação do paciente/família em todo o processo destinado à identificação.

Embora existam tais medidas no sentido de padronização e disseminação do conhecimento para os profissionais envolvidos na assistência, verifica-se que a identificação do paciente, ainda, não vem sendo reconhecida, como elemento crucial no campo do cuidado seguro, tanto pelos gestores como pelos profissionais de saúde, assim como não tem sido prioridade no campo de pesquisa, sobretudo, em relação à avaliação em saúde, que permitirá estabelecer padrões de conformidade, implementação de medidas corretivas e preventivas em busca da qualidade e segurança no setor saúde.

O fato pode ser constatado na investigação conduzida por Bates et al. (2009), em estudo epidemiológico sobre dano, que apontou que a identificação do paciente não constava como prioridade nos países em desenvolvimento; não obstante haja elevada proporção de ocorrência de erros ou eventos adversos nos cenários da pesquisa.

Outros estudos revelaram que as pulseiras de identificação não são, constantemente, verificadas e empregadas pelos profissionais de saúde, como parte integrante de um processo sistemático de conferência, antes da prestação do cuidado, verificando que, dentre os motivos, o compromisso dos profissionais de saúde quanto à importância da prática, o conhecimento dos pacientes diante do tempo de permanência na instituição, a familiaridade, a necessidade de realizar inúmeras checagens do nome e data de nascimento no dia a dia e o desejo de não o ofender

(Ranger, Bothwell, 2004; Wallin et al., 2010; Kelly et al., 2011; Phipps et al., 2012).

Na assistência materno-infantil, a identificação da gestante, puérpera e do neonato vem sendo realizada pela implementação de POP, empregando-se pulseiras/braceletes e identificadores específicos, com o primeiro e o último nomes (sobrenome), data de nascimento e registro ou número hospitalar, mantidos durante toda a permanência hospitalar (*National Patient Safety Agency - NPSA*, 2005; Sevdalis, 2007; Policy guideline patient identification, 2013; JCAHO, 2014).

Contudo, verifica-se que, muitas vezes, no decorrer da hospitalização, a identificação do paciente está comprometida, conforme mostra o estudo de Miasso e Cassiani (2000), ao verificarem que a prevalência de pacientes identificados com pulseiras correspondeu a 23,8% em uma instituição hospitalar e que estas foram colocadas apenas no dia anterior à cirurgia.

A identificação incorreta do paciente foi a principal causa raiz, em mais de 100 notificações individuais do Centro Nacional de Segurança do Paciente, do Departamento de Assuntos Veteranos, dos Estados Unidos da América (EUA) no período entre 2000 e 2003. Em auditoria realizada no *Guy's and St Thomas' Hospital*, em 2003, foi identificado que 34,0% dos pacientes não utilizavam pulseira de identificação (NPSA, 2005).

Entre 2003 e 2005, após receber denúncia de 236 relatos de incidentes relacionados à perda da pulseira ou identificação incorreta nela, a NPSA implementou recomendações específicas, sobre o uso das pulseiras de identificação nos usuários dos hospitais no Reino Unido. Aqueles que se recusarem a usar ou diante de razão clínica plausível, o fato deverá ser registrado, obrigatoriamente, no prontuário (NPSA, 2005).

A Agência Nacional de Segurança do Paciente (NPSA) criada pelo Departamento de Saúde do Reino Unido, colaboradora e parceira da WHO publicou, em 2009, um Guia padronizado intitulado *Guidance on the standard for patient identifiers for identity bands*, que orientava a padronização *para o paciente adulto, o tipo da pulseira, seus qualificadores e a região anatômica - membro superior* (WHO, 2002; Sevdalis, 2007; NPSA, 2009). Recentemente, *Policy guideline patient identification* (2013) também dispõe de orientação na padronização da identificação acrescentando o emprego de novas tecnologias.

Em relação aos identificadores da pulseira, NPSA (2005) e Sevdalis (2007) destacam quatro elementos: primeiro e último nome do paciente, registro hospitalar e data de nascimento. Quanto à identificação do neonato, recomendam o uso de duas pulseiras, uma no membro superior e outra no inferior, contendo os seguintes identificadores: nome da mãe, registro hospitalar, data e hora do nascimento, tipo de parto e sexo. Se gemelar, acrescentar I gemelar, II gemelar, III gemelar, sucessivamente. No intuito de garantir a legibilidade dos dados, preconiza grafia com letras pretas, tipo Arial ou Helvética e impressão em fundo branco, sendo o tamanho das letras 12 a 14 (2-2.2 mm).

Outros aspectos deverão ser considerados, como o tamanho adequado do usuário, condições clínicas, pulseiras confeccionadas de material flexível, permeável, antialérgica, à prova d'água, de fácil limpeza, resistente ao álcool e a outros fluidos, como o sangue, e a disposição de pulseira em se tratando de indivíduos com necessidades especiais, como exemplo: problemas de visão, malformações graves, condições clínicas que são impeditivos para a fixação da pulseira nos membros.

Em revisão bibliográfica, são citados outros métodos de identificação nos estabelecimentos de saúde, como pulseiras com código de barras, radiofrequência e aquelas contendo dados biométricos, impressões de face, retina e de íris e o código Gráfico 2 dimensional (2D). Assim, esse aparato tecnológico permite verificar a identificação do paciente rápida e efetivamente antes da administração de medicamentos, de procedimentos e também permite monitorar a localização do paciente e de sua movimentação dentro de diferente ambiente hospitalar ou dentro do sistema público de cuidado à saúde (Patterson, Cook, Render, 2002; García-Betances, Huerta, 2012).

Cabe destacar que, independente da tecnologia e metodologia utilizadas para a identificação do paciente, são cruciais a verificação dos dados e a acurada conferência pelos profissionais, antes de qualquer intervenção ou abordagem do paciente.

No entanto, as pulseiras de identificação continuam sendo importantes dentro do ambiente hospitalar e devem ser usadas, mesmo que essas novas tecnologias sejam incorporadas ao processo e sejam bem-sucedidas (Howanitz et al., 2002; NPSA, 2005).

Todos os profissionais que prestam cuidados ao paciente devem ser informados da importância da acurácia na identificação do paciente, como um ponto primordial para a execução de qualquer cuidado ao paciente. É necessário implantar práticas que possibilitem o envolvimento e a ativa participação do paciente, como a responsabilidade da checagem de sua pulseira, se ela está presente e correta (Sevdalis, 2007; Kelly et al., 2011).

As mudanças organizacionais e a capacitação necessárias para a implementação do sistema de identificação nos hospitais são singulares, uma vez que para sua promoção são necessários estudos pilotos e o envolvimento clínico e da equipe de enfermagem em um processo de médio a longo prazo (Pagliaro et

al., 2009). Outro aspecto que merece reflexão diz respeito a educação e conscientização dos profissionais de saúde no sentido de valorizarem a identificação inequívoca dos pacientes, independente do tempo de internação e das condições clínicas e disseminar essa prática junto ao usuário/familiar (Tase et al., 2013).

Em revisão bibliográfica, foi verificado que há escassez de investigações relacionadas a apontar as conformidades nas práticas nos serviços de saúde. Por outro lado, observa-se que a maior parte dos trabalhos atém-se aos eventos adversos causadores de danos à saúde.

No Brasil, estudos empregando métodos avaliativos processuais vêm sendo desenvolvidos nos últimos 10 anos, a fim de estabelecer índices de conformidade às melhores práticas almejadas. De acordo com Jardim et al. (2013), a construção de um método de avaliação possibilita que se obtenha, tanto a conformidade geral como por componente da prática, entendendo a primeira conferida somente quando todos os componentes de cada processo estiverem em conformidade no mesmo paciente. Estudos dessa natureza - desempenho de práticas/processos assistenciais vêm sendo conduzidos por Menezes (2009); Quadrado (2011); Rosetti e Tronchin (2014); Silva et al. (2011) e Jardim et al. (2013) que relatam as práticas diárias assistenciais em diferentes contextos com distintos valores de conformidade que nos fazem refletir e buscar meios de avaliação processual e, com isto, criar estratégias com vistas à qualidade e segurança da assistência.

Nesse contexto, considerando a magnitude dos problemas que envolvem a identificação da mulher e do neonato na atenção materno-infantil e acreditando na relevância de se estabelecer protocolos de identificação capazes de assegurar processos de trabalho eficientes e eficazes, nos quais se encontram as dimensões assistenciais, gerenciais, éticas e legais dos profissionais, optou-se por esta investigação, delineando as seguintes hipóteses:

1.4 HIPÓTESES DO ESTUDO

- ❖ A conformidade geral no protocolo de identificação por meio da pulseira da mulher e do recém-nascido na Clínica Obstétrica e no Centro Obstétrico apresenta 90% de conformidade geral e nas etapas presença e quantitativo, componentes de identificação e condições da pulseira;
- ❖ Os índices de conformidade geral e das três etapas do protocolo de identificação são inferiores na Clínica Obstétrica.

2 *Objetivos*

2.1 OBJETIVO GERAL

- ❖ Avaliar o protocolo de identificação por meio de pulseiras das mulheres admitidas na Clínica Obstétrica e dos neonatos no Centro Obstétrico em um hospital universitário do Município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Mensurar os índices de conformidade geral do protocolo de identificação por meio de pulseiras das mulheres na Clínica Obstétrica e dos neonatos no Centro Obstétrico;
- ❖ Determinar os índices de conformidade nas três etapas do protocolo de identificação por meio de pulseiras quanto à presença e quantitativo, componentes de identificação e condições da pulseira;
- ❖ Analisar as não conformidades no protocolo de identificação por meio de pulseiras nas três etapas, presença e quantitativo, componentes de identificação e condições da pulseira;
- ❖ Comparar os índices de conformidade geral do protocolo de identificação por meio de pulseiras entre a Clínica Obstétrica e o Centro Obstétrico; e
- ❖ Aplicar a ferramenta Diagrama de Causa e Efeito com vistas à melhoria da qualidade do processo de identificação por meio de pulseiras das mulheres na Clínica Obstétrica e dos neonatos no Centro Obstétrico.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, exploratória, descritiva e com coleta prospectiva dos dados.

A pesquisa quantitativa, exploratório, descritiva é caracterizada pela coleta sistemática de dados numéricos, empregando-se instrumentos e procedimentos fundamentados na estatística para analisar os resultados. Sua finalidade é observar, descrever e documentar aspectos de uma situação ou realidade, bem como investigar fatores relacionados ao fenômeno em questão (Polit, Beck, 2011).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Clínica Obstétrica e no Centro Obstétrico (CO) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP).

O ICHC-FMUSP é uma autarquia especial estadual, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins administrativos e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino, pesquisa e de prestação de serviços de saúde de alta complexidade destinados à sociedade (São Paulo, 2013).

O Hospital supracitado delineou como missão e visão “Ser instituição de excelência reconhecida nacional e internacionalmente em ensino, pesquisa e atenção à saúde” (Instituto Central IC, 2015). É referência na atenção terciária e integra o Sistema Único de Saúde - SUS, constituindo-se na maioria dos usuários assistidos, atende também à população da Rede de Saúde Suplementar e

particulares, em sua minoria, provenientes de vários Estados do território brasileiro e da América Latina.

O ICHC envolve a maioria das especialidades médicas, cirúrgicas, ginecológicas e materno-infantil, atualmente, conta com 1.017 leitos (IC, 2015). A Unidade de Emergência Referenciada - Pronto Socorro (PS) e os Ambulatórios são vinculados ao hospital.

Os indicadores de desempenho institucional do ano de 2013¹ demonstraram um total de 2.913,42 saídas hospitalares, taxa geral de ocupação operacional de 81,90%, tempo médio de permanência de 7,09 dias e 66.285,92 consultas ambulatoriais realizadas.

No organograma institucional, a Superintendência é o órgão de direção. O Conselho Deliberativo e o Diretor, a Diretoria Executiva e suas Divisões são diretamente ligadas a esse órgão.

A Divisão de Enfermagem - DE responde à Diretoria Executiva do ICHC-FMUSP e tem efetiva participação no desenvolvimento e na consecução das metas e dos objetivos organizacionais. A seguir, é apresentada sua estrutura organizacional.

¹ Dados extraídos do sistema de intranet da Instituição

Figura 1 - Organograma Matricial da Divisão de Enfermagem, ICHC-FMUSP - 2011.

Fonte: Regimento interno da Divisão de Enfermagem. São Paulo; 2011.

Em seu organograma matricial, encontram-se cinco Programas de Atendimento de Enfermagem, a saber: Programa de Enfermagem ao Paciente Externo, ao Paciente Interno (Enfermagem de Clínica Médica I, II e III), ao Paciente Especial, ao de Emergência referenciada e o Perioperatório. Os Serviços de Qualidade e Segurança do Paciente e do Serviço de Educação Permanente integram a DE. Contam, ainda, com o Comitê Executivo, Gestor, de Ensino e Pesquisa e Prática de Enfermagem (Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo HC-USP, 2011).

O processo de trabalho na DE é conduzido pela gestão colegiada, sendo a liderança compartilhada entre os diretores dos Programas, os gerentes das seções e a equipe de enfermagem.

O modelo assistencial de cuidado é focado no paciente e sua família, buscando uma assistência de enfermagem holística, humanizada e segura. Para o alcance da qualidade da assistência de enfermagem individualizada e integral, é empregada a Sistematização da Assistência de Enfermagem, por meio das cinco etapas do processo de enfermagem: o histórico de enfermagem, o diagnóstico, a evolução, a prescrição de enfermagem e o resultado (HC-USP, 2011).

A jornada dos trabalhadores de Enfermagem varia de acordo com seu contrato de trabalho de 30 a 40 horas semanais em turnos de 6 horas, manhã e tarde, e de 12/36 horas no noturno.

A Clínica Obstétrica está vinculada ao Programa de Pacientes Interno - Enfermagem Médico-Cirúrgico III, seção de TocoGinecologia, sendo referência para gestação de alto-risco, atendendo mulheres no período reprodutivo, tanto de demanda externa como interna, oriundas do pré-natal da Instituição, de demanda referenciada e espontânea. Encontra-se localizada no 10º andar do ICHC-FMUSP, contando com 46 leitos, distribuídos em duas alas - DN e DS, para a admissão de mulheres gestantes com

diferentes patologias associadas à gravidez ou não, parturientes e puérperas.

Conforme os dados estatísticos do Serviço de Clínica, de 2013, foram totalizadas 2.303 saídas, a média de permanência foi de 5 dias e a taxa de ocupação, de 90%. O índice de rotatividade de leito foi de 3,68.

O quadro de trabalhadores de Enfermagem na Clínica Obstétrica é composto por 79 profissionais, dos quais 23 são enfermeiros, 52 auxiliares e técnicos de enfermagem e dois oficiais administrativos.

O Centro Obstétrico está vinculado ao Serviço de Atendimento de Enfermagem ao Paciente Perioperatório localizando-se no 10º andar do Prédio dos Ambulatórios, anexo ao ICHC- FMUSP e conta com três salas cirúrgicas, quatro salas de pré-parto, parto e puerpério, uma sala de reanimação do RN e três leitos de recuperação pós-anestésica.

Nos dados estatísticos do serviço em 2013, o número total de partos foi 1.972, com média de 164 partos/mês. A média anual de partos cirúrgicos e partos normais correspondeu a 1.320 e 444, respectivamente.

A equipe de enfermagem é constituída por enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem contando, em média, um ou dois enfermeiros e quatro a cinco técnicos/auxiliares de enfermagem por turno de trabalho.

3.3 CASUÍSTICA

A casuística do estudo correspondeu às oportunidades de observação da pulseira de identificação das mulheres admitidas na Clínica Obstétrica e dos RNs no Centro-Obstétrico. O cálculo amostral foi realizado por meio da equação abaixo:

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

$z_{1-\alpha/2}$: 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

Dessa forma, o tamanho da amostra totalizou 800 oportunidades (400 mulheres e 400 neonatos), considerando a significância de 5%, $z = 1,96$, $p = 0,50$ e $m=5\%$.

O processo de seleção da oportunidade foi realizado, conforme a amostragem probabilística aleatória sistemática simples, com base no total de leitos na Clínica Obstétrica e o dia da semana e no número de parto/dia. Esta seleção foi realizada, mediante sorteio eletrônico.

Os critérios de exclusão das oportunidades foram: mulheres admitidas por causa obstétrica, cuja gravidez não resultou em feto viável, a exemplo disso, com: moléstia trofoblástica, curetagem uterina, gravidez ectópica e RN em óbito fetal.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2013 março de 2014.

3.4.1 O Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram empregados dois formulários; o primeiro intitulado, “Identificação por meio de pulseira das mulheres na Clínica Obstétrica” (Apêndice 1) e o segundo, “Identificação por meio de pulseira do recém-nascido no Centro Obstétrico” (Apêndice 2). Ambos os instrumentos apresentavam os registros do número da oportunidade, local/número do parto-dia, data e período da coleta e as variáveis relativas a três etapas do protocolo de identificação por meio de pulseira a ser avaliada, de acordo com a unidade, Clínica Obstétrica ou Centro Obstétrico: conferência da presença, tipo e quantidade da pulseira, conferência dos componentes de identificação e conferência das condições da pulseira.

Desse modo, no primeiro formulário foram observadas as variáveis:

- ❖ **Quantitativo de pulseira(s):** Presença ou ausência de pulseira de identificação. No caso de **gestante**, uma pulseira plástica e na cor branca impressa ou manuscrita/etiqueta; **puérpera**, duas pulseiras plásticas, na cor branca impressas ou manuscritas e uma pulseira de cadarço com o número sequencial do parto. (Se não, quantas pulseiras ausentes). Ao se tratar de gestante ou puérpera em condições especiais (aquelas que apresentarem edema nos membros superiores, venóclise, alergia ao material, estado clínico crítico, dentre outras), as pulseiras plásticas devem ser substituídas por pulseiras de outro material ou outro meio de identificação,

como a presença de etiquetas, com itens preconizados na etapa componente de identificação fixada em outra região anatômica. Nesse caso, proceder ao registro da ocorrência no prontuário da paciente. Observar, ainda, pulseiras não preconizadas no protocolo Institucional;

- ❖ **Componentes de identificação da mulher:** nome e sobrenome completos e corretos, número de registro hospitalar e o código de barras. Se **puérpera**, em uma das pulseiras plásticas, na cor branca deverá conter o registro do número sequencial do parto e na pulseira de cadarço, o número sequencial do parto (Se não, registrar o tipo de identificador incorreto ou ausente); e
- ❖ **Condições da Pulseira:** legibilidade dos identificadores (letra de tamanho adequado à leitura, ausência de falhas na impressão, de borrões/rasuras, de sujidade ou secreções e material de confecção) e condições de uso (isento de rasgo, corte, dobradura ou problema no fecho/adesivo e tamanho adequado). Se não, quantas pulseiras não atendiam aos itens.

No segundo formulário, destinado ao neonato as variáveis observadas corresponderam a:

- ❖ **Quantitativo de pulseira(s):** presença ou ausência de pulseira de identificação. **Presença de quatro pulseiras de identificação**, sendo duas pulseiras plásticas e na cor branca - uma no membro superior direito e a outra no membro inferior direito e de duas pulseiras de cadarço com o número sequencial do parto - uma no membro superior direito e outra no membro inferior direito. Um par de pulseiras é constituído por uma pulseira de plástico e uma de cadarço. (Se não, quantas pulseiras ausentes). Em se tratando de neonato em condições especiais (prematuridade, edema nos membros, síndromes malformativas, estado crítico, venóclise,

oxigenoterapia, dentre outros), as pulseiras devem ser afixadas em outra região anatômica, registrando-se a ocorrência no prontuário do paciente;

- ❖ **Componentes de identificação do neonato:** nome e sobrenome completos e corretos da mãe com os registros da sigla “RN de” e “do número sequencial” do parto, número de registro hospitalar, código de barras e na pulseira de cadarço o número sequencial do parto. No caso de gemelares, trigemelares ou mais, indicar numericamente a sequência do nascimento (Se não, registrar o tipo de identificador incorreto ou ausente); e
- ❖ **Condições da Pulseira:** legibilidade dos identificadores (letra de tamanho adequado à leitura, ausência de falhas na impressão, de borrões/rasura, sujidade ou secreções e material de confecção) e condições de uso (isento de rasgo, corte, dobradura ou problema no fecho/adesivo e pulseira tamanho RN). Se não, quantas pulseiras não atendiam aos itens.

Os formulários foram submetidos a um pré-teste, sendo necessário realizar ajustes em determinados itens, no sentido de aprimorá-los, favorecendo seu emprego.

3.4.2 Operacionalização da coleta dos dados

A coleta dos dados foi efetuada pela pesquisadora e por três enfermeiras das unidades envolvidas no estudo, que foram esclarecidas quanto aos objetivos e ao método deste estudo e capacitadas para o preenchimento dos instrumentos.

Na Clínica Obstétrica, o sorteio das oportunidades ocorreu considerando a relação do número de leitos (Ala DN de um a 20 e Ala DS de um a 15) e os dias da semana. Dessa forma,

houve a seleção aleatória sistemática das oportunidades a serem observadas.

No CO, o sorteio das oportunidades teve como base os dias da semana e o quantitativo de partos ocorridos nas 24 horas do dia. Assim, no dia selecionado foram observados todos os partos ocorridos em sua sequência de ocorrência.

As oportunidades selecionadas geraram dois relatórios, contendo 400 para a unidade de internação - Clínica Obstétrica e 400 para o CO. De posse dos relatórios e do censo hospitalar da unidade, procedeu-se a avaliação das oportunidades e os formulários foram preenchidos à beira leito; no CO, o preenchimento ocorreu após a reanimação do RN, antes de seu encaminhamento à Unidade Neonatal.

Cabe ressaltar que os identificadores preconizados contidos nas pulseiras foram comparados aos registrados no prontuário ou no censo hospitalar e que os itens contidos nas três etapas do protocolo de identificação: etapa 1 - presença e quantitativo de pulseiras, etapa 2 - componentes de identificação e etapa 3 - condições das pulseiras foram avaliados em função do que é preconizado no protocolo institucional (Anexo 1).

É oportuno lembrar que, no decorrer da coleta de dados, se o pesquisador se deparasse com a ausência de pulseira de identificação ou verificasse não conformidade nos identificadores e nas condições da pulseira, o fato seria comunicado, imediatamente, ao enfermeiro responsável da unidade em questão, para proceder a correção.

A seguir, a Figura 2 representa o fluxo de procedência da mulher, de acordo com o protocolo de identificação no ICHC-FMUSP.

Figura 2 - Fluxo de procedência, conforme o protocolo de Identificação do binômio mãe-filho no ICHC-FMUSP, 2014.

De acordo com a Figura acima, há dois tipos de encaminhamento das mulheres para admissão na instituição: ambulatório ou emergência referenciada/pronto-socorro. Em se tratando da primeira, as gestantes são identificadas com uma pulseira plástica na cor branca, contendo nome e sobrenome completos, registro hospitalar e código de barras. Esta pulseira é confeccionada no setor de internação hospitalar e encaminhada com o prontuário da mulher à Clínica Obstétrica. No momento da admissão, na unidade de internação, a pulseira é colocada na paciente pelo profissional da equipe de enfermagem.

No CO, a identificação da mulher ocorre pelo uso de uma pulseira de plástico na cor branca com os identificadores nome e sobrenome completos, registro hospitalar e código de barras acrescido do número sequencial do parto e uma pulseira de cadarço com o número sequencial do parto confeccionada manualmente. Para o RN, há o emprego de duas pulseiras plásticas na cor branca acrescidas da sigla "RN de" e do número sequencial do parto e de duas pulseiras de cadarço com o número sequencial de parto. As pulseiras de cadarço foram instituídas visando a constituírem-se em mais um identificador de segurança do binômio mãe-filho.

3.5 ORGANIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados obtidos, uma planilha eletrônica foi construída e, posteriormente, ocorreu a análise dos dados com base na estatística descritiva e inferencial, empregando-se o teste do Qui-Quadrado para a comparação dos índices de conformidade com o nível de significância de 5% ($p < 0,005$). O intervalo de confiança adotado foi de 95%.

Para o cálculo da conformidade geral - CG foram empregadas as seguintes equações às mulheres e aos RNs:

$$CG = \frac{\text{nº de oportunidade de identificação das mulheres por meio de pulseira com todos os itens em conformidade}}{\text{total de oportunidades avaliadas}} \times 100$$

$$CG = \frac{\text{nº de oportunidade de identificação dos RNs por meio de pulseira com todos os itens em conformidade}}{\text{total de oportunidades avaliadas}} \times 100$$

Neste estudo, a conformidade foi definida, como o atendimento aos requisitos determinados no protocolo institucional frente aos itens avaliados e à não conformidade, o seu contrário. Este conceito engloba o afastamento ou a ausência de um ou mais elementos de um dado sistema de qualidade, em relação aos requisitos especificados (Brasil, 2002).

Os resultados foram apresentados na forma de figura e tabelas e as variáveis descritas, conforme as frequências absolutas e relativas.

A ferramenta de qualidade Diagrama de Causa-Efeito foi empregada para demonstrar a relação das não conformidades dos componentes da pulseira de identificação e os fatores que a influenciam, que é apresentada no Capítulo 5.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), CAAE - 14661213.7.0000.5392 (Anexo 2), pelo Comitê de Ética do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP - CIAPP 376/13 (Anexo 3), atendendo às normas da Resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012).

O presente estudo foi liberado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que, nesta pesquisa, não houve a participação direta do sujeito, pois os dados foram coletados por meio de um formulário, com a finalidade de verificar a presença de pulseira de identificação e seus respectivos identificadores no intuito de avaliar a conformidade na identificação por meio de pulseira das mulheres e dos neonatos, procedimento

esse realizado no cotidiano da prática assistencial na Instituição, cenário deste estudo.

Reitera-se que, em nenhum momento, foi observado o processo de identificação realizado pelo trabalhador, mantendo-se o anonimato desse profissional.

4 Resultados e Discussão

De acordo com o Método, foram avaliadas 800 oportunidades de observação, sendo 400 relativas à Clínica Obstétrica e 400, ao Centro Obstétrico.

A seguir, os resultados são apresentados na seguinte ordem:

- 4.1 A IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES/PUÉRPERAS E DO RECÉM-NASCIDO: conformidade geral dos protocolos.
- 4.2 A IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES/PUÉRPERAS ADMITIDAS NA CLÍNICA OBSTÉTRICA.
- 4.3 A IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO.
- 4.4 COMPARAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO POR MEIO DE PULSEIRAS ENTRE A CLÍNICA OBSTÉTRICA E O CENTRO OBSTÉTRICO.

4.1 A IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES/PUÉRPERAS E DO RECÉM-NASCIDO: conformidade geral dos protocolos

Nas organizações de saúde, o processo de identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, pois envolve elementos da estrutura e cultura organizacional, desenhos de processos, prática profissional e a participação do usuário (Tase, et al., 2013).

As Figuras 3 e 4 representam a conformidade geral do protocolo de identificação das gestantes/puérperas admitidas na Clínica Obstétrica e do RN no Centro Obstétrico.

Figura 3 - Distribuição da conformidade e a não conformidade geral no protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

Figura 4 - Distribuição da conformidade e a não conformidade geral no protocolo de identificação do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

Os dados da Figura 3 mostram que, no protocolo de identificação das gestantes/puérperas, o índice da conformidade (58,5%) foi superior ao da não conformidade. Contudo, não é uma diferença acentuada (17,3%), o que denota fragilidade no processo de identificação em função da proximidade dos percentuais.

Nos dados da Figura 4, verifica-se que a conformidade do protocolo de identificação do RN obteve o percentual de 22,3%, aproximadamente, três vezes menor ao de não conformidade, apontando para uma vulnerabilidade ainda maior no desempenho do protocolo.

Na literatura nacional, são encontradas pesquisas conduzidas no sentido de avaliar a conformidade geral de práticas ou protocolos assistenciais que mostram os seguintes índices: 10,7% na prática de higiene das mãos e 68,0% na adesão de medidas específicas de controle e prevenção de pneumonia

associada à ventilação mecânica; 26,9% para medidas de prevenção e controle de pneumonia associadas à ventilação mecânica, 82,2% na identificação do neonato em terapia intensiva e semi-intensiva; 51,5% no que tange à adesão aos cuidados e manutenção do curativo do cateter venoso central de curta permanência e 10,7% na prática de higienização das mãos, pois ambos são destinados a avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea e 65,8% na avaliação de conformidade da prática de manutenção do cateter temporário duplo lúmen para hemodiálise (Menezes, 2009; Silva et al., 2011; Tronchin, Quadrado, 2012; Jardim et al., 2013, Rosetti, Tronchin, 2014).

O estudo multicêntrico realizado por Kugelmann et al. (2008) mostrou um índice de conformidade geral de 89% no processo de identificação do RN

Tais achados apontam para uma variabilidade dos índices, e a maior parte obteve percentual inferior a 80%, considerado preocupante, tendo em vista a importância dessas práticas na assistência e das repercussões das não conformidades na segurança e na saúde dos pacientes.

Os autores acima mencionados sinalizam para a necessidade de uma ampla discussão e revisão dos protocolos nas instituições, cenários das pesquisas, para a implementação de estratégias e processos educativos que assegurem a adesão dos profissionais na execução correta das atividades, além de questões relativas à supervisão e gerenciamento do cuidado.

Ao se comparar os resultados do presente estudo, aos três melhores índices encontrados, verificou-se que os índices de conformidade geral foram inferiores, especialmente, na identificação dos neonatos no Centro Obstétrico.

Desse modo, torna-se imperativo o estabelecimento de metas gerenciais e assistenciais no intuito de elevar os índices de conformidade nos protocolos de identificação, o envolvimento dos serviços de Educação Permanente e de Qualidade e Segurança do Paciente na revisão dos protocolos e na capacitação dos profissionais de saúde, visando à execução correta das atividades estabelecidas, assim como estimular a participação dos profissionais e das gestantes/puérperas no processo de identificação.

Corroborando Quadrado (2011), Menezes (2009), Silva et al. (2011) e Jardim et al. (2013), acredita-se que estudos dessa natureza possam conduzir ao estabelecimento de parâmetros aceitáveis de conformidade das práticas assistenciais, além de possibilitar avaliações processuais sistemáticas, no contexto real do cuidado e a análise criteriosa dos desfechos advindos de práticas não conformes no estado de saúde dos pacientes.

4.2 A IDENTIFICAÇÃO DAS GESTANTES/PUÉRPERAS ADMITIDAS NA CLÍNICA OBSTÉTRICA

O principal meio de identificação do paciente adulto hospitalizado é a pulseira plástica com dados impressos ou escritos, geralmente, fixada no membro superior, com os identificadores ou descritores preconizados por estabelecimento de saúde. Usualmente, esses identificadores referem-se ao nome e sobrenome, data de nascimento ou idade e ao registro hospitalar.

Martinez et al. (2008) estudando a identificação em ambiente hospitalar na Espanha constataram que a maior parte das instituições (85,3%) empregava a pulseira como meio de identificação; 67,2% possuíam processos definidos, sobretudo com indicativo de quem, onde, qual momento de colocar e retirar a

pulseira, e a descrição de como identificar os indivíduos em situações especiais, os inconscientes, confusos e na maternidade.

Suñol et al. (2009) também analisaram a identificação de pacientes de países da Europa constataram melhores percentuais (47,3%) de identificação na maternidade, na área hospitalar.

Os dados da tabela abaixo demonstram a conformidade e a não conformidade, de acordo com as três etapas integrantes do protocolo de identificação das gestantes/puérperas na Clínica Obstétrica, assim definidas: etapa 1 quantitativo de pulseiras; etapa 2 componentes de identificação e etapa 3 condições da pulseira.

Tabela 1 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, considerando as três etapas do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

Etapas	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Presença e quantitativo de pulseiras	349	87,2	51	12,8	400	100	(84,0; 90,5)
Componentes de Identificação	355	93,4	25	6,6	380	100	(90,9; 95,9)
Condições da pulseira*	266	70,0	114	30,0	380	100	(65,4; 74,6)

*Teste Qui-quadrado, $p < 0,001$

Os resultados da Tabela 1 apontam que, das três etapas do protocolo de identificação, o maior percentual da conformidade (93,4%) ocorreu na segunda etapa - componentes da pulseira e o menor, na terceira - condições da pulseira (70%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Estes achados mostram que, apenas a segunda etapa, componentes de identificação, atingiu os índices da hipótese deste estudo maior do que 90%.

Ressalta-se que, na etapa quantitativo de pulseiras, o percentual da não conformidade 51 (12,8%) deveu-se a 9 (2,3%) ausências de pulseira, 11 (2,7%) pulseiras presentes, porém, sem qualquer identificador e 31 (7,8%), não condiziam a condição da gestante ou puérpera descrita no protocolo.

Cabe destacar que decorrente dos dois primeiros motivos - ausência de pulseira e pulseira sem qualquer identificador, as etapas 2 e 3 foram avaliadas, considerando 380 oportunidades.

Para proporcionar o cuidado seguro, é necessário que todos os pacientes usem uma pulseira de identificação; que as informações contidas na pulseira estejam corretas e legíveis e que os profissionais que os assistem realizem a conferência da pulseira, antes de prestar o cuidado.

Diversos estudos vêm sendo conduzidos apresentando a prevalência de pulseiras de identificação, os erros advindos da identificação incorreta e o comportamento dos profissionais frente à prática de identificação, contudo há escassez de pesquisas cujo objeto é analisar a conformidade geral e as específicas das práticas ou processos de trabalho.

Sevdalis (2007) observou que 26% dos pacientes internados não eram identificados pelo uso da pulseira e 6,0% correspondiam às mulheres admitidas nas unidades de ginecologia e obstetrícia.

Na Europa, uma auditoria realizada em 89 hospitais mostrou que a identificação do paciente, embora considerada estratégia básica, com evidências demonstrando sua efetividade na redução de eventos adversos e na melhora da segurança do paciente, era pouco executada (Suñol et al., 2009).

Martínez-Ochoa et al. (2010) mostraram que 5,8% não portavam a pulseira de identificação na admissão hospitalar. Ao observarem a administração de medicação, verificaram que apenas 20% dos pacientes utilizavam a pulseira de identificação.

Em seu estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hoffmeister (2012) obteve como resultado que dos 385 pacientes, 4,2% estavam sem pulseiras e 11,9% possuíam a pulseira de identificação, porém com alguma não conformidade.

Ao se comparar os resultados desta investigação aos encontrados na literatura, a ausência de pulseira e as não conformidades no protocolo de identificação, observa-se que é uma realidade que deve ser reconhecida, como uma situação de elevada gravidade ao expor o paciente e os profissionais de saúde a riscos evitáveis na atenção à saúde.

Assim como outros estudos, cujo objeto foi a adesão aos protocolos institucionais de práticas assistenciais, a identificação do paciente detém questões culturais, comportamentais que necessitam ser abordadas e trabalhadas com a equipe de saúde e com os pacientes. Alguns autores vêm pesquisando esses aspectos.

Martínez-Ochoa et al. (2010) investigaram a opinião e a prática dos profissionais de saúde na identificação do paciente, no qual 17,1% desconheciam o motivo do uso da pulseira, e 40,7% não acreditavam que o uso da pulseira prevenia os erros.

Dackiewicz et al. (2011) também constataram resultados semelhantes em estudo sobre a opinião da equipe de saúde e dos pais na identificação em uma unidade pediátrica. A equipe de saúde demonstrou ter conhecimento da necessidade de utilizar a pulseira (65% a 92%) e de seus benefícios (64% a 78%). Em relação aos pais, 89% acreditavam ser necessário o uso da pulseira e 57% referiram que o uso da pulseira poderia prevenir erros. Por outro lado, apenas 34% das crianças estavam identificadas com pulseiras.

O envolvimento do paciente e familiar no processo de identificação, quer como parceiro ativo no processo na conferência dos próprios dados ou como detentor de informações sobre as medidas e protocolos, envolvendo a identificação e a segurança institucional tornam-se aliados no processo e capazes de colaborar com os profissionais de saúde para definir e implantar planos de cuidados compartilhados (Liang, 2007; Phillip et al., 2012).

Nessa linha de pensamento, Longtin et al. (2010) entendem que a participação do paciente/usuário é um dos pontos principais do cuidado seguro e verificaram que 91% dos pacientes relataram ter condições de colaborar para evitar os erros que ocorrem nos hospitais, e 84% sentiam-se confortáveis em solicitar ao enfermeiro a confirmação dos dados em sua pulseira. A maioria dos pacientes (90,2%) concorda em utilizar a pulseira de identificação durante a permanência hospitalar, mesmo que estas apresentem códigos identificadores de condições clínica ou risco (Cleopas et al., 2004).

A tabela a seguir demonstra a primeira etapa - quantitativo de acordo com a condição pulseira padrão gestante e padrão puérpera.

Tabela 2 - Distribuição da conformidade e não conformidade, segundo a etapa quantitativo de pulseiras do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

Quantitativo	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Padrão gestante	371	92,8	29	7,2	400	100	(90,2; 95,3)
Padrão puérpera	175	93,6	12	6,4	187	100	(90,1; 97,1)

Os dados da Tabela 2 mostraram que, das 187 puérperas, 175 (93,6%) estavam em conformidade com o padrão

preconizado, duas pulseiras plásticas e uma de cadarço com o número sequencial do parto. No padrão gestante, a conformidade também apresentou percentuais semelhantes (92,8%).

Cabe pontuar que, em duas (0,5%) das oportunidades avaliadas, as mulheres estavam identificadas com pulseira de outra instituição.

O estudo realizado por Perry e Scott (2007) no Reino Unido em um grande Hospital Universitário constatou que 55% dos pacientes não portavam pulseira de identificação e, entre eles, pacientes impossibilitados de realizar sua própria identificação; 48% não tinham detalhes de identificação escritos no quadro de identificação à beira-leito ou tinham identificadores escritos errados (7,0%), entre eles, um paciente sem pulseira de identificação e incapaz de se identificar, e outro com nome similar, mas incorretamente escrito no quadro de identificação à beira-leito.

Considerando o protocolo institucional, verifica-se que as etapas de trabalho destinadas à confecção da pulseira padrão puérpera envolve maior risco de não conformidade, uma vez que é necessário confeccionar, uma pulseira plástica e uma de cadarço. Por outro lado, o fato de utilizar a pulseira de cadarço com o número sequencial do parto, assim como esse registro na pulseira plástica é empregado para assegurar a identificação do binômio mãe-filho.

Gross (2009) refere que essa forma de identificação é prática, confiável e plausível, quando reconhecida e executada, tanto na confecção como na verificação da veracidade dos dados entre o RN e a mãe.

No contexto deste estudo, esse identificador destina-se, especialmente, para assegurar o encaminhamento do RN do Berçário à Clínica Obstétrica para amamentação, ocorrendo a conferência das pulseiras mãe - RN, na admissão do RN no Alojamento Conjunto e em outros procedimentos que se fizerem necessários. No entanto, a checagem dos dados da pulseira

materna com a do neonato deve estar incorporada no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Dados relativos às gestantes/puérperas em condições especiais

Como descrito no Método, o local deste estudo atende, majoritariamente, gestantes de alto risco definidas como aquelas na qual a mãe ou feto, ou ambos apresentam chances aumentadas de uma evolução desfavorável, morte ou morbidade (Zugaib, Sancovski, 1994; Carvalho et al., 2012; Zugaib, 2012).

Neste estudo, 29 (7,2%) mulheres encontravam-se em condições especiais.

Assim, os resultados quanto à conformidade geral e das três etapas do protocolo de identificação das mulheres em condições especiais e não especiais são retratados na figura abaixo.

Figura 5 - Distribuição da conformidade geral e das três etapas do protocolo de identificação das gestantes/puérpera, segundo a condição especial e não especial, ICHC-FMUSP, São Paulo – 2014.

Os dados da Figura 5, quanto à conformidade geral do protocolo, evidenciam que o menor percentual foi encontrado nas gestantes/puérperas em condições especiais (24,1%), com diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$.

Dentre as três etapas, a número 1 - presença e quantitativo de pulseiras detém o menor índice de conformidade (31%) nas mulheres em condições especiais, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). As não conformidades encontradas no quantitativo (51-12,8%) (Tabela 1) diziam respeito às gestantes/puérpera em condições especiais- dos 51 casos de não conformidade, 20 (69%) deles ocorreram nestas mulheres.

No que tange as outras duas etapas, os percentuais da conformidade foram semelhantes entre o grupo especial e não especial, porém, somente a etapa 2 - componentes da pulseira atingiu percentuais acima de 90%.

Estes resultados reiteram o problema de manutenção do quantitativo de pulseiras preconizado pelos protocolos institucionais e remetem para discussões e reflexões em dois âmbitos: número de pulseiras ou outro meio de identificação nos casos especiais, e comportamento do profissional diante da ausência da pulseira ou necessidade de retirá-la, embora haja recomendação para que seja providenciado outro meio de identificação e o registro do evento no prontuário.

Para Cottrell e Davidson (2013), embora os profissionais tenham conhecimento dos protocolos quanto ao uso da pulseira, é comum explicarem sua ausência diante da falta de tempo para a impressão, do descontentamento dos pais das crianças na manutenção das pulseiras ou pelo motivo do paciente estar com muitos dispositivos venosos ou equipamentos nos membros. Dados dessa pesquisa mostraram que, dentre os motivos para a ausência da pulseira foram: 42,1% os profissionais não a colocavam, 6,0%

eram retiradas pelos profissionais da saúde e não recolocadas (12%).

Estudo realizado na Espanha mostrou que, em 50% dos hospitais do Centro Sanitário da Cataluña, havia problemas na retirada da pulseira de identificação pelos profissionais da saúde, especialmente, nos procedimentos cirúrgicos, não sendo recolocada conforme preconizado (Martínez et al., 2008).

Phillip et al. (2012) também estudando a ausência da pulseira de identificação verificaram que 73% dessa situação deveram-se ao fato de ter soltado, da remoção pelo paciente ou pelos pais e 21% à retirada para punção venosa. Acrescentaram que este último percentual reduziu para 3,0%, ao combinarem as estratégias de educação do profissional, adequação do tamanho da pulseira para neonatos e estabelecimento de parceria com o paciente/familiar.

A Tabela 3 lista os motivos relativos à condição especial das mulheres.

Tabela 3 - Distribuição das condições apresentadas pelas gestantes/ puérperas especiais, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

N= 29

Condições clínicas	N	%	IC 95%
Edema	5	17,2	(3,5; 31,0)
Emergência obstétrica	5	17,2	(3,5; 31,0)
Venóclise	5	17,2	(3,5; 31,0)
Alergia ao material	1	3,4	(0,0; 10,1)
Total	16	55,2	(37,1; 73,3)

Do total de mulheres especiais (29 - 7,3%), 16 (55,2%) apresentaram condições clínicas de iminência de eclâmpsia, convulsões, diabetes descontrolada, cinco (17,2%) edema, emergência obstétrica e venóclise.

Reconhecidamente, cada hospital necessita ter seu próprio processo de identificação padronizado para confirmar a acurácia da identificação por pulseiras, quer seja por meio de POP ou estratégias para a melhoria contínua da segurança do paciente (Chassin, Becher, 2002; Sevdalis, 2009a; Martínez-Ochoa et al., 2010; Smith et al., 2011; Phillips et al., 2012).

Os protocolos ou os POPs necessitam ter clareza na descrição das atividades/ações consistentes e tratarem também das excepcionalidades. Além disso, indicarem os agentes das ações; qual profissional coloca a pulseira de identificação, e as diretrizes que serão utilizadas na identificação do paciente. Outro ponto a ser destacado, refere-se ao tamanho adequado das pulseiras (adulto, criança, recém-nascido), condições especiais - obesidade, alergias, e o modo de inserção dos dados, manual ou impresso e padronização do membro.

A seguir, os dados da tabela demonstram a distribuição de conformidade e a não conformidade nos componentes de identificação nas pulseiras das mulheres.

Tabela 4 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, segundo a etapa componente de identificação das pulseiras nas gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

N=380

Etapas	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Nome e sobrenome	361	95,0	19	5,0	380	100	(92,8; 97,2)
Registro hospitalar	378	99,5	2	0,5	380	100	(98,7; 100)
Código de barras	365	96,1	15	3,9	380	100	(94,1; 98,0)
Número sequencial do parto*	172	98,3	3	1,7	175	100	(96,4; 100)

* Considerando N= 175 puérperas com pulseiras

Pelos resultados apresentados na Tabela 4, constata-se que o maior percentual (99,5%) relacionou-se à presença do registro hospitalar, seguido da presença do código de barras.

Nesta etapa, o maior índice da não conformidade foi atribuído às puérperas, uma vez que em 21 (12,0%) não havia o registro do número sequencial do parto, e o nome e sobrenome em 19 (5%). Esta última não conformidade decorreu por abreviações, diferenças de sobrenome, conforme o estado civil e grafia incorreta. No entanto, não houve troca de nome nem de sobrenomes.

A WHO (2007a), Sevdalis (2007) e *Policy guideline patient identification* (2013) preconizam como identificador o nome e o sobrenome completos, data de nascimento ou registro hospitalar.

Embora muitas intervenções para diminuir os eventos adversos decorrentes das não conformidades de identificação estejam focadas na inovação tecnológica, tais como: o escaneamento do código de barras, pois este requer um componente importante, que é a pulseira com identificador correto do paciente (Phillips et al., 2012).

A padronização dos identificadores utilizados na pulseira de identificação é um dos pontos principais verificados em auditoria realizada no Reino Unido, que evidenciou melhoria contínua nas taxas de utilização do registro hospitalar único (20,7%) em 2008, para 58,8% em 2011 (Cottrell, Davidson, 2013).

Auditoria recente realizada pelos mesmos pesquisadores constatou 2,3% de 9.250 pacientes sem pulseira. A presença dos quatro identificadores (primeiro nome, último nome, registro hospitalar e data de nascimento) foi de 99,4%. Sevdalis et al. (2009b) encontraram altas taxas (88%) no uso dos identificadores primeiro nome, último nome e registro hospitalar e na data de nascimento (86%). Martínez et al. (2008) relatam frequência de 100% na utilização do nome e sobrenome, (9,4%) no registro hospitalar e (67,6%) na data de nascimento.

O emprego da pulseira de identificação é menos frequente em adultos (1,8%) que em crianças (9,5%) ou em neonatos (12,9%). As demais pulseiras eram manuscritas (21,1%) e com dados impressos (23,4%) (Cottrell, Davidson, 2013).

O sistema de identificação escrito à mão pode levar a erros, muitas vezes, a checagem desses dados manuscritos é necessária para a verificação da identificação, ou mesmo, a introdução dos dados identificadores do paciente em sistemas automatizados. O sistema automatizado originará a seleção do paciente errado, especialmente, se o nome for parecido com o do paciente correto (Morrison et al., 2010).

A introdução de novas tecnologias, como o código de barras em atividades de maior risco, tais como: a medicação, checagem de identificação de pacientes inconscientes e entrega de neonatos às mães irão produzir melhoras na rapidez e segurança no reconhecimento dos dados (Martínez-Ochoa et al., 2010).

A identificação automática mediante o uso do código de barras é alternativa que produz melhorias, rapidez e segurança no reconhecimento dos dados em locais que o utilizam. Assim, observa-se uma melhora ao redor de 50,0% nas taxas de erros associadas à inadequada identificação dos pacientes com o uso da pulseira (Fundación Mapfre Medicina, s.d.).

O uso dos identificadores na pulseira, particularmente, é problemático, sobretudo, quando há números como no caso da utilização do registro hospitalar local ou diferente número de identificação hospitalar, pois sua perda ou falta, ou a diferença de algum dígito poderão levar a inconsistências ao realizar a checagem dos dados, como verificado nos pacientes auditados (1,1%) no Reino Unido (Cottrell, Davidson, 2013).

Nos dados da Tabela 5, encontram-se os resultados da terceira etapa que abordam as condições da pulseira, distribuídas nos componentes da legibilidade e condições de uso e na Figura 6, a descrição dos itens que contribuíram para as não conformidades.

Tabela 5 - Distribuição das conformidades e as não conformidades, segundo a etapa condições da pulseira do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

							N=380
Variável	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Legibilidade	289	76,1	91	23,9	380	100	(71,8; 80,3)
Condições de uso	305	80,3	75	19,7	380	100	(76,3; 84,3)

Pela análise da Tabela 5, observa-se que o melhor percentual de conformidade corresponde às condições de uso (80,3%).

Figura 6 - Distribuição das não conformidades nas condições da pulseira do protocolo de identificação das gestantes/puérperas, segundo legibilidade e as condições de uso, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

De acordo com os resultados da figura acima, constata-se que no quesito legibilidade houve 20% de não conformidade decorrentes do atributo borrado/apagado e nas condições de uso (16,6%) para amassado/dobrado.

Martinez et al. (2008) observaram que 50% das pulseiras apresentavam problemas no quesito condição de uso, dentre eles, a qualidade inadequada do material, tamanho da pulseira, demasiadamente grande aos RNs ou pequenas aos adultos. Na questão da legibilidade, o percentual de 20% de não conformidade decorreu da baixa qualidade da tinta, originando borrões e problemas no ajuste da impressão ao tamanho da etiqueta.

Os resultados da presente pesquisa são consonantes aos reportados pelos autores supracitados, tendo as condições de uso apresentado maior percentual de não conformidade, podendo ser atribuídas à qualidade do material.

A padronização do design da pulseira de identificação, dos identificadores inseridos e dos processos utilizados em sua confecção e checagem contribuiu significativamente para melhorar a segurança do paciente, bem como a qualidade do material (Sevdalis, 2007; *Policy guideline patient identification*, 2013).

Os problemas mais frequentes relacionados ao uso, checagem e colocação da pulseira de identificação estão relacionados à ilegibilidade em razão do tamanho da letra ou pelo fato de estar borrado e apagado, ou simplesmente ilegível; e as pulseiras, quando retiradas ou perdidas, não serem mais recolocadas (Sevdalis, 2007). Hoffmeister (2012) também aponta como principais motivos da não conformidade, a ilegibilidade dos dados e os problemas na integridade das pulseiras, o nome incompleto e o número do registro hospitalar. Na presente pesquisa, estes mesmos motivos (legibilidade e condições de uso) foram decisivos para a diminuição dos índices da conformidade (70%) na etapa 3 do protocolo de identificação das pulseiras das mulheres na presente pesquisa.

A comparação de erros na pulseira de identificação realizada em 712 hospitais pelo Colégio Americano de Patologista encontrou pequena taxa de erro geral (2,2%). Os erros apresentados foram: ausência de pulseiras (49,5%); múltiplas pulseiras com diferentes informações (8,3%); pulseiras com dados incompletos (7,5%); dados incorretos (8,6%); dados ilegíveis (5,7%) e pacientes utilizando pulseiras com identificação de outro paciente (0,5%). A única política associada com a diminuição destas taxas de erros foi a colocação da pulseira de identificação pela equipe de enfermagem. Constata-se que a diminuição das taxas de erros depende da política e dos procedimentos institucionais e do monitoramento contínuo instituído (Renner, Howanitz, Bachner, 1993).

Múltiplas pulseiras são colocadas no paciente em diferentes braços por enfermeiros e obstetrizas (61%). A utilização de diferentes tipos de pulseira (32%) quer seja de tamanho adulto, criança ou neonato; pulseiras escritas manualmente ou digitadas ou com local de inserção de cartão ou com sistema de autoadesivo foram os mais frequentemente utilizados em ampla pesquisa realizada em 62 hospitais na Inglaterra e Países de Gales (Sevdalis et al., 2009b). Howanitz, Renner e Walsh, em 2002, também encontraram pacientes com mais de uma pulseira (3,7%).

A análise dos dados deste estudo e da literatura mostra que as não conformidades são semelhantes mesmos em ambientes e práticas bem diferenciadas, mas existem fatores intervenientes específicos, quer sejam de material, de pessoal ou do próprio ambiente que levam a não adesão da identificação do binômio e, consequente, falha na segurança do paciente.

Diante destes fatos, há prioridades objetivando à melhora da implantação do sistema de identificação nas diferentes realidades assistenciais onde a complexidade assistencial representada pelas múltiplas intervenções clínicas, como do pessoal que interage na assistência ao paciente torna-se um desafio na implantação de um sistema de identificação.

Como descrito anteriormente, a sensibilização dos diferentes profissionais na segurança do paciente por meio da pulseira de identificação, quer seja por meio de orientação, treinamentos e capacitação; a mudança da cultura de segurança pelo profissional e o entendimento de que as atividades que diminuem os riscos para cometer erros estão integradas à prática assistencial; a padronização institucional com o uso adequado das pulseiras e o processo de checagem antes de qualquer atividade no paciente conduzem à percepção do risco, como um meio de traduzir a importância e a frequência do uso da pulseira de identificação.

4.3 A IDENTIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

A complexidade da assistência neonatal, sobretudo, na reanimação do RN e no ambiente de terapia intensiva constitui-se como grande desafio para garantir os atributos de qualidade e segurança.

Autores como Chassin e Becher, (2002); Gray et al. (2006); Paparella e Horsham, (2012) e Cottrell e Davidson (2013) citam que os neonatos e os pacientes inconscientes são os mais vulneráveis aos erros na assistência, em virtude da incapacidade de participarem ativamente no processo de verificação verbal de sua identificação, expressarem a perda ou a remoção da pulseira e também a prática dos profissionais de saúde atuantes em UTIN fixarem as pulseiras nas incubadoras e não, fisicamente, no bebê. Referem, ainda, que esses fatores são determinantes para causarem os erros com repercussões, muitas vezes, irreparáveis.

Gray e Goldmann (2004); Suresh et al. (2004), Ursprung et al. (2005); Kugelman et al. (2008) e Raju, Suresh, Higgins (2011) apontam que, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na sala de parto, as não conformidades na identificação do paciente são as maiores causas de erro quando comparadas a outras áreas de cuidados de saúde. A maior parte dos erros relaciona-se à troca de leite humano, diagnósticos incorretos, exames ou procedimentos realizados em crianças erradas.

Srulovici et al. (2012) conduziram um trabalho multicêntrico em que constataram a associação significativa das características individuais do neonato tais como a idade gestacional, peso e a severidade da doença com fatores ambientais da UTIN na ocorrência de eventos adversos. Estas questões são reiteradas por Antonucci e Porcella (2014).

Os dados da Tabela 6 retratam a conformidade e a não conformidade nas três etapas do protocolo de identificação do RN no Centro Obstétrico.

Tabela 6 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, considerando as três etapas do protocolo de identificação do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

							N=400
Etapas	Conforme		Não Conforme		Total		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Presença e quantitativo	220	55	180	45	400	100	
Componentes de identificação	276	69	124	31	400	100	
Condições da pulseira*	178	44,5	222	55,5	400	100	<0,001

*Teste Qui-quadrado, $p < 0,001$

A Tabela 6 demonstra que, das três etapas do protocolo de identificação, o maior percentual de conformidade (69%) concentrou-se na etapa 2 - componentes de identificação e o menor percentual encontrado (44,5%), na etapa 3 - condições da pulseira. Nesta etapa, ainda, o índice de não conformidade 222 (55,5%) foi superior ao de conformidade. Na comparação entre as três etapas, houve diferença estatística significativa, $p < 0,001$. Estes resultados não confirmam a hipótese de que os índices nas três etapas eram de 90%.

Quadrado e Tronchin (2012) em estudo similar, analisando as três etapas de identificação de RN, verificaram que a conformidade na etapa quantitativo de pulseira foi (89,3%), nos componentes de identificação (92,8%) e nas condições da pulseira (93%), aproximadamente, 30% acima dos valores encontrados nesta pesquisa. Além disso, a melhor etapa relacionou-se às condições da pulseira, contrariamente, às encontradas na presente pesquisa.

Tendo em vista os resultados, salienta-se a necessidade da revisão dos processos de trabalho da equipe de enfermagem e do protocolo de identificação, capacitação dos profissionais de saúde e a aquisição de insumos adequados à assistência neonatal.

Nessa linha de argumentação, convém lembrar que o processo de identificação pode ser compartilhado entre a equipe de enfermagem, contudo cabe ao enfermeiro a supervisão e a educação continuada dos profissionais.

Outros fatores podem influenciar as não conformidades como: sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, falta de atenção, desconhecimento dos protocolos ou dos procedimentos, uso inapropriado da tecnologia, assim como treinamento e capacitação insuficiente e desvalorização das políticas institucionais voltadas à qualidade e segurança do paciente (Gray, Goldmann, 2004; Suresh et al., 2004; Antonucci, Porcella, 2014).

Os dados da Tabela 7 correspondem a primeira etapa do protocolo de identificação do RN - quantitativo de pulseira.

Tabela 7 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, segundo a etapa presença e quantitativo de pulseiras no RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

N=400							
Quantitativo	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Presença da pulseira	400	100,0	0	0,0	400	100,0	(100,0; 100,0)
Presença pulseira nº sequencial do parto	396	99,0	4	1,0	400	100,0	(98,0; 100,0)
Membro preconizado	221	55,2	179	44,8	400	100,0	(50,4; 60,1)

Os dados da Tabela 7 revelam a presença da pulseira plástica em todas as oportunidades de observação (100%) e a pulseira de cadarço com o número sequencial do parto em 99%. O maior índice da não conformidade 179 (44,8%) referiu-se à presença de pulseiras nos membros preconizados- membro superior e inferior direito.

Dados relativos aos RN em condições especiais

Neste estudo, das 400 oportunidades observadas 155 (38,7%) foram de neonatos em condições especiais, não permitindo a fixação das pulseiras nos membros preconizados, mesmo assim com necessidade de identificação com os dois pares de pulseira.

A Tabela a seguir aponta os motivos que levaram à condição especial.

Tabela 8 - Distribuição das condições especiais apresentadas pelos RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

N=155			
Condições	N	%	IC 95%
Monitorado (saturação/frequência cardíaca)	128	82,6	(76,6; 88,6)
Intubação/pressão positiva	101	65,2	(57,5; 72,7)
Malformação fetal	47	30,3	(23,1; 37,6)
Prematuridade	38	24,5	(17,7; 31,3)
Tocotrauma	5	3,2	(0,4; 6,0)
Amputação de membros curtos	4	2,6	(0,1; 5,1)
Edemaciado	0	0,0	(0,0; 0,0)

Com base nos resultados apresentados na Tabela 8 constata-se que 128 (82,6%) eram RNs especiais em função da monitorização cardiopulmonar, seguidos de 101 (65,2%) intubação/pressão positiva, o que caracteriza a condição crítica do nascimento, favorecendo o descumprimento do protocolo.

Na Figura 7, são agrupados os resultados frente à conformidade geral e das três etapas, de acordo com a condição de nascimento.

Figura 7 - Distribuição da conformidade geral e nas três etapas do protocolo de identificação do RN com e sem condições especiais, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

De acordo com os achados na Figura 7, no que tange à conformidade geral do protocolo, esta foi mais elevada nos RNs não especiais (28,2%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A etapa 1 apresentou o menor percentual da conformidade (27,1%), nos neonatos em condições especiais. Com relação à etapa 2, a maior conformidade (71,6%) foi nos RN em condição especial e a etapa 3, encontra-se semelhante entre os grupos. Mas, com relação as três etapas, os maiores percentuais da

conformidade para os dois grupos foram encontrados na etapa 2 (71,6%) para o grupo especial e 67,3% para o não especial, seguidos da etapa 3 com percentuais semelhantes entre os grupos, porém, inferiores ao da etapa 2.

Na comparação entre as etapas e as condições do RN, houve diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$ na conformidade da etapa 1. Desse modo, constata-se que as condições especiais impactam fortemente nesses índices, sobretudo, quanto aos membros preconizados, reportados na Tabela 7, com 44,8% de não conformidade.

Destaca-se, que, mesmo não estando em condição especial, 245 RN, 66 (26,9%) tiveram suas pulseiras fixadas em membros não preconizados no protocolo.

É oportuno lembrar que, muitas vezes, nos RN em condições especiais, dada a urgência da situação, a identificação foi realizada por profissionais da equipe médica de neonatologia, o que pode ter contribuído para as não conformidades, visto que tal prática no cotidiano do trabalho é majoritariamente realizada pela equipe de enfermagem.

Na tabela abaixo, encontram-se as conformidades e as não conformidades da etapa 2.

Tabela 9 - Distribuição da conformidade e a não conformidade, segundo a etapa 2 componente de identificação da pulseira do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

Identificadores	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Nome e sobrenome	396	99,0	4	1,0	400	100	(98,0; 100,0)
Registro hospitalar	393	98,3	7	1,7	400	100	(97,0; 99,5)
Código de barras	211	100,0	0	0,0	211	100	(100,0; 100,0)
Registro nº sequencial do parto	392	98,0	8	2,0	400	100	(96,6; 99,4)
Escrito "RN de"	281	70,3	119	29,8	400	100	(65,8; 74,7)

Pelos dados apresentados na Tabela 9, observa-se que as maiores conformidades relacionaram-se à presença do código de barra (100%) e à presença de nome e sobrenome completo e correto em 99%. A menor conformidade deveu-se à ausência da sigla "RN de" (70,3%).

Em relação aos identificadores de pulseira de RN, Quadrado (2011) encontrou percentual acima de 90%, como os verificados em quatro dos componentes deste estudo. E o menor percentual correspondeu ao nome completo da mãe (93,3%).

O estudo realizado no Reino Unido por Lichtner, Wilson e Galliers (2008) alerta para o fato de que embora o nome do paciente e a data de nascimento fossem comuns na prática diária da identificação, estes guardam peculiaridades, que são mais complexas do que podem aparentar.

Tal fato pode ser visualizado em inúmeras situações, como a mudança do nome e sobrenome ao longo da vida, diferenças culturais, nomes de distintas etnias cuja grafia e sonoridade dificultam o registro e a própria identificação do indivíduo. Nomes similares ou idênticos são grandes potenciais de

risco para originar erros no sistema de saúde (Gray et al., 2006; McDonald, 2006 ; Dawood e Matthews, 2014).

Na Escócia, é usual o uso do gênero, como identificador adicional (Cottrell e Davidson, 2013).

Em ampla pesquisa realizada em 62 hospitais da Inglaterra e no País de Gales com o objetivo de verificar a utilização das recomendações da pulseira de identificação instituídas pela NPSA, apontou que os identificadores mais comumente utilizados na pulseira são o primeiro e último nomes, a data de nascimento e o registro hospitalar em 88%. A pesquisa também apontou o emprego de identificadores, como: endereço, religião e código de barras (Sevdalis et al., 2009b).

O código de barras é sistema baseado em código gráfico automaticamente decodificado por leitores especiais, com grande capacidade de armazenamento de dados, sobretudo o código gráfico 2D dimensional, que permite a estocagem de caracteres alfanuméricos como letras, números e pontos e também Kanji (García-Betances, Huerta, 2012).

A tecnologia do código de barras usada na pulseira de identificação e nas etiquetas para identificação de hemocomponentes reduziu significativamente as taxas de erro de etiquetagem (erros como requisição sem etiquetas de identificação, ilegibilidade, etiquetas de pacientes errados, erros de coleta) e ausência de etiquetas de identificação de 43% e 38%, respectivamente (Morrison et al., 2010).

Com frequência, os pais podem ter questionamentos se os filhos realmente forem seus, quando são levados ao quarto para a amamentação, ou mesmo, ao alojamento conjunto. Pensando nessa problemática, Gross (2009) decidiu utilizar a segurança da tecnologia para realizar a correspondência da mãe com seu filho.

O código de barras da pulseira de identificação, com o método de rastreabilidade e escaneamento, foi utilizado na sala de parto, na unidade de alto-risco, na unidade de alojamento conjunto e na unidade de terapia intensiva neonatal com grande aderência dos profissionais e expansão da utilização aos pais ou acompanhantes dos neonatos, como no banco de leite para a checagem do leite coletado e a ser administrado ao RN. Apesar disso, a tecnologia não substitui o toque. A necessidade de carinho e de profissionais competentes permanecem como pontos principais na assistência.

No hospital campo desta pesquisa, constatou-se que, apesar da utilização do código de barras, como um dos identificadores no sistema de identificação automático, ainda não se utiliza nenhum aparelho leitor de código gráfico, como metodologia efetiva na combinação e checagem da mãe e do recém-nascido a não ser a checagem visual combinada com a verbal.

Acredita-se que, com a atualização e modernização do sistema tecnológico, além da padronização do layout e dos identificadores empregados nas etiquetas e pulseiras inseridas no processo de segurança Institucional presentes no cotidiano assistencial, estes serão somados ao processo de checagem do paciente correto com o cuidado correto, oferecendo mais segurança e qualidade no processo assistencial ao binômio.

O processo manual de inserção da sigla “RN de”, realizado manualmente precisa ser reforçado, visto que gerou maior índice de não conformidade.

A tabela a seguir aponta as conformidades e as não conformidades nas condições das pulseiras e na Figura 8 são explicitados os itens que contribuíram para as não conformidades na legibilidade e condições de uso.

Tabela 10 - Distribuição das conformidades e as não conformidades, segundo a etapa condições da pulseira de identificação do RN, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

N=400

Identificadores	Conformidade		Não Conformidade		Total		IC 95%
	N	%	N	%	N	%	
Legibilidade	382	95,5	18	4,5	400	100	(93,5; 97,5)
Condições de uso *	185	46,3	215	53,8	400	100	(41,4; 51,1)

* Teste Qui-quadrado, $p < 0,001$

A Figura 8 mostra que, dentre os itens que mais contribuíram para a não conformidade na condição de 52,8%, deveu-se ao tamanho inadequado da pulseira para a população de RN, diminuindo acentuadamente a conformidade geral, apresentada na Figura 4 e nesta etapa.

Figura 8 - Distribuição das não conformidades nas condições da pulseira do protocolo de identificação dos RN, segundo legibilidade e condições de uso, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

Pelos resultados apresentados nos dados da Tabela 10, observa-se que a conformidade variou de 46,3% a 99,5%. Os piores itens da conformidade referiram-se às condições de uso (53,8%) com diferença estatística significativa ($p < 0,001$). Diante deste resultado, infere-se que, muitas vezes, há falta de pulseira tamanho RN, sendo substituída por pulseira tamanho adulto, não permanecendo no RN ao longo da internação por inadequação de tamanho. Esta inadequação de tamanho impactou fortemente, tanto na conformidade geral (Figura 4) como nesta etapa.

Em seu estudo, Quadrado (2011) constatou que o maior índice da conformidade foi em relação às condições da pulseira, sendo 99,8% relacionadas à confecção correta da pulseira e 93,1% da conformidade à legibilidade dos itens.

Assim, há que se empreenderem esforços institucionais para a aquisição de pulseira tamanhos RN e sua provisão. Contudo, ainda se vivencia a realidade de escassez no mercado de pulseiras destinadas a RN prematuro, quer seja considerando os de peso inferior a 2.500 gramas ou prematuridade extrema/moderada (Bittar, Pereira, Liao, 2012).

Gray e Goldmann (2004) enfatizam que os nascimentos de múltiplas gestações e a prematuridade associada aos processos de identificação de bebês não consistentes são responsáveis pelas não conformidades relacionadas à identificação.

Ursprung et al., (2005) mencionam que, para os RN extremamente pequenos e com fragilidade de pele, é preciso utilizar pulseiras de material não traumático e fabricadas, especialmente, para essa clientela (desenhadas para o neonato).

A perda da pulseira (71,6%), pulseiras com dados ilegíveis (7,7%) e dados errados (6,8%) ou perda dos dados (9,1%) foram as maiores não conformidades encontradas por Howanitz, Renner e Walsh (2002).

Estudo realizado pela NPSA no Reino Unido e País de Gales sobre o uso de pulseira de identificação e sua eficácia, verificou a não conformidade no tamanho em 32% e 38% de ilegibilidade (Sevdalis et al., 2009b).

O resultado geral da não conformidade apresentada leva a buscar estratégias que possam ser utilizadas em nossa realidade diária, para contribuir diretamente na melhora dos resultados e, assim, melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao binômio.

A implementação de estratégias e mecanismos de segurança verificada em 389 hospitais da Europa mostrou que a identificação dos recém-nascidos por pulseiras foi a que obteve maior aderência (96,1%). Na maternidade, a pulseira de adulto foi a mais utilizada (47,3%) (Suñol et al., 2009).

O processo de identificação do paciente por meio de pulseira pode ser facilmente implantado em ambientes que não o possuam, desde que sejam aceitas pelos profissionais e paciente e incorporadas à prática. Este mecanismo é de maior valia quando comparado ao treinamento e, mesmo, às recomendações governamentais e institucionais. Portanto, inúmeros fatores afetam a aderência às medidas de identificação do paciente, como as atitudes dos profissionais de saúde, a perda de tempo e relutância desses profissionais em perceber a importância de procedimentos seguros (Latham et al., 2012).

Os programas de treinamento e educação são estratégias relevantes, porém, limitados para reconhecer as condições em que as práticas assistenciais são realizadas, assim como classificá-las em conformidade com as bases existentes (Jardim et al., 2013). Essas premissas são discutidas pelos autores, como Hain et al. (2010) e Phillip et al (2012).

Phillip et al. (2012) citam a redução na taxa da não conformidade na identificação por meio da pulseira em pediatria, de 17 para 4,1%, no decorrer de um ano, combinando estratégias de intervenção como: educação dos profissionais, modificação no tipo de pulseira para o RN e estabelecendo parcerias com as crianças/familiares, no intuito de notificarem a ausência da pulseira. Nesta linha, pode-se citar o trabalho de Hain et al. (2010), que encontrou, inicialmente, a taxa de 20,4% de erros na identificação pediátrica, após serem empregadas medidas, como sensibilização e conscientização da equipe de profissionais sobre o problema, educação continuada e compartilhamento dos resultados e das mudanças instituídas, a taxa foi reduzida para 2,6%.

4.4 COMPARAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO POR MEIO DE PULSEIRAS ENTRE A CLÍNICA OBSTÉTRICA E O CENTRO OBSTÉTRICO

A seguir, os dados da tabela retratam as conformidades gerais do protocolo de identificação por pulseiras das gestantes/puérperas na Clínica Obstétrica e do RN no Centro Obstétrico.

Tabela 11 - Distribuição da conformidade geral, considerando as três etapas do protocolo de identificação por pulseiras da gestante/puérpera e no RN e, ICHC-FMUSP, São Paulo - 2014.

ETAPAS	MULHER								RN							
	Conformi- dade		Não conformi- dade		Total		IC 95%		Conformi- dade		Não conformi- dade		Total		P valor*	
	N	%	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%		
Presença e Quantitativo*	349	87,2	51	12,8	400	100	(84,0; 90,5)		220	55,0	180	45,0	400	100	< 0,001	
Componen- tes de Identificação*	355	93,4	25	6,6	380	100	(90,9; 95,9)		276	69,0	124	31,0	400	100	< 0,001	
Condições da pulseira*	266	70,0	114	30,0	380	100	(65,4; 74,6)		178	44,5	222	55,5	400	100	< 0,001	

* Teste Qui-quadrado, $p < 0,001$

Na Tabela 11, as três etapas com maiores índices de conformidade foram verificados nas gestantes/puérperas, especialmente, na etapa 2 (93,4%).

As etapas com piores índices de conformidade tanto nas gestantes/puérperas como no RN ocorreram na etapa 3 - condições da pulseira com menores percentuais (178-44,5%) no Centro Obstétrico.

Na comparação entre as etapas da puérpera e RN - todos foram com diferença estatisticamente significativa.

Ao se comparar os resultados quanto à conformidade geral entre as gestantes/puérperas e os RN- demonstrados nas Figuras 3 e 4, constatou-se que o Centro Obstétrico apresentou o pior índice da conformidade (22,3%) com diferença $p < 0,001$.

A pulseira de identificação é o método de identificação para reconhecer o paciente, porém não é um meio efetivo para eliminar falhas. Só será efetivo se o paciente permitir seu uso, se as informações estiverem corretamente inseridas e se os cuidadores de

saúde utilizarem a pulseira de identificação em seus processos de checagem (Smith et al., 2011).

O processo de checagem das pulseiras de identificação à beira-leito é uma das áreas- chave para a administração de eventos adversos, pois permite a interação entre os cuidadores de saúde e o paciente e não só um meio de diminuir os eventos adversos. A interação com o paciente é uma das estratégias que permitirá o envolvimento e o conhecimento dos usuários a respeito do processo de identificação utilizado pelo serviço de saúde, como um meio efetivo no sentido de diminuir os erros resultantes da falha de identificação do paciente com a assistência a ser recebida (Martínez-Ochoa et al., 2010; Smith et al., 2011).

É necessário que esse processo seja realizado em qualquer lugar e não só à beira- leito. Esforços devem ser realizados na confirmação de, pelo menos, dois identificadores no momento da colocação da pulseira, tal como na fala do nome completo e da data de nascimento pelo paciente. Este é um momento perfeito para explicar ao paciente a importância da pulseira de identificação para sua segurança e lembrá-lo que, embora muitos profissionais indaguem seu nome e data de nascimento de modo excessivo, o propósito desta checagem é a segurança; e múltiplas checagens desta informação por diferentes profissionais podem ser esperadas durante sua permanência hospitalar. Erros podem ocorrer neste ponto do processo.

Uma vez colocada a pulseira de identificação, é essencial que seja usada para a identificação do paciente nos procedimentos clínicos e diagnósticos, na administração do cuidado, de medicamentos e hemocomponentes, como também em períodos vulneráveis, como a transferência ou encaminhamento para cirurgias, procedimentos radiológicos e alta (Paparella, Horsham, 2012).

Embora o número do quarto e leito, sejam considerados como localizadores do paciente, nunca devem ser usados, como identificadores do paciente. Ainda é prática comum referir-se ao paciente desta forma, ou somente pelo primeiro nome, para a discussão de casos ou mesmo ao atribuir ordens para a medicação ou outros procedimentos a serem dispensados ao paciente. O fato contribui para erros, sobretudo quando o paciente encontra-se em unidade de emergência, usualmente em macas no Hall de entrada e o mesmo ser movimentado inúmeras vezes, seja para realização de exames, ou mesmo, na troca para outros locais ou "box de atendimento" (Paparella, Horsham, 2012; Phipps et al., 2012).

Muitas vezes, o enfermeiro encontra-se em risco, pois atende muitos pacientes, com novos rostos e nomes, simultaneamente. Tal situação é facilmente complicada pelo fato dos pacientes terem o mesmo nome e endereço ou quando pacientes compartilham nome e sobrenome com sons semelhantes ou registro hospitalar similar que podem induzir ao erro (Chassin, Becher, 2002; Gray et al., 2006; Schulmeister, 2008; Paparella, Horsham, 2012).

Quando há o reconhecimento de dois pacientes com nomes semelhantes ou registro similar, é preciso a instituição de protocolo de nomes semelhantes ou alerta de nomes, e a comunicação a todos os trabalhadores que entram em contato com estes pacientes, ou mesmo, não deixar que tais pacientes permaneçam no mesmo quarto/enfermaria ou ala em caso de não existência de protocolo institucional (Lee, Leung, So, 2005).

A identificação do paciente é uma questão importante, este precisa de um método efetivo de identificação, se por pulseira com dados precisos que o identifiquem corretamente ou associados a outras tecnologias que podem ser incorporadas ao método, mas, que seja assegurado seu uso por todos os pacientes hospitalizados (NPSA, 2005).

Assim, Gray e Goldmann (2004); Suresh et al. (2004); Antonucci e Porcella (2014) consideram que as unidades de cuidados críticos, como: a UTI e ambientes cirúrgicos, mesmo a dedicação, o treinamento e a vigilância dos trabalhadores de saúde, sobretudo enfermeiros que focam sua assistência "livre de erros", parecem não ser suficientes, pois há inúmeros fatores intervenientes no risco de ocorrer a não conformidade, como a carga de trabalho da enfermagem, a falta de atenção, as falhas de comunicação, o desconhecimento dos protocolos e procedimentos, o uso inapropriado da tecnologia, o treinamento insuficiente e, mesmo, a ausência de conscientização dos erros.

Os dados relacionados ao número de pacientes com danos decorrentes de identificação incorreta do paciente são limitados, assim como existem poucas publicações na literatura mostrando programas de melhoria da qualidade que resultem em diminuição das taxas de erros em pulseiras de identificação. Entretanto, múltiplos estudos vêm documentando danos relacionados com erros de testes laboratoriais, transfusão de sangue incorreta e erros de medicação (Gray et al., 2006, Kugelman et al., 2008; Hain et al, 2010; Srulovici et al., 2012).

A seguir, o capítulo relata a história e a evolução da identificação de mulheres e RN no cenário desta pesquisa.

5 *Identificação na Atenção Materno-Infantil:
do resgate histórico à implementação de
intervenções*

Este capítulo destina-se a resgatar a história da identificação na atenção materno-infantil, articulando-a às modificações implementadas no cenário desta pesquisa, com base nos resultados e no emprego da ferramenta de qualidade denominada Diagrama de Causa-Efeito.

Sob essa perspectiva, relembro: "Não há encarecer a importância da identificação de todo indivíduo para, no correr da vida ser restabelecida a sua identidade em todos os atos em que houver intervindo ou for chamado a intervir" (Quintanilha, 1933, p. 3).

No âmbito da Medicina Legal, a identificação do indivíduo, é incontestável, levando Ruy de Castro Quintanilha, com base na investigação científica, propor mudanças na prática de identificação da mãe e do neonato (Quintanilha, 1933).

A referida pesquisa foi realizada na Clínica Obstétrica, à época integrante da Universidade de São Paulo. O método empregado para a identificação do binômio, até 1926, consistia em colocar no membro superior da parturiente e do RN uma pulseira de metal numerada (medalha). Posteriormente, foi adotada uma ficha datiloscópica, coletando-se as impressões digitais do neonato, sendo substituída pela impressão plantar diante das dificuldades na técnica de obtenção das impressões digitais do RN.

As modificações propostas por Quintanilha (1933) foram associar à impressão plantar e à pulseira de metal, agora esterilizada, a impressão digital materna e a reestruturação no processo de identificação, no que tange à conferência verbal da identificação no momento da admissão e durante a internação, bem como o registro do nome do bebê desejado pela mãe e o número da placa de metal junto aos impressos. Concluiu-se que a datiloscopia não se aplicava aos RN e que o processo ora implementado era a solução para os problemas na identificação, mostrando também preocupação com o rapto ou a troca dos bebês nas maternidades.

Cabe lembrar que, na maior parte das maternidades no Brasil, a identificação do RN por meio da impressão digital plantar foi adotada a partir de 1903, técnica esta realizada na sala de parto (Quintanilha, 1933).

Ao longo dos anos, ocorreram mudanças no processo de identificação, sobretudo no emprego das pulseiras para ao binômio, confeccionadas, manualmente, com esparadrapo® impermeável, contendo como identificadores o nome completo da mãe, acrescido da sigla "RN de", o registro hospitalar e o número da placa metálica, tanto para a mãe como ao RN, mantendo-se a impressão plantar ou plantigrama realizada com tinta base oleosa e as pulseiras de metal com números correspondentes ao leito do neonato no Berçário Anexo à Maternidade.

No território brasileiro, a obrigatoriedade do procedimento de identificação dentro de maternidades e instituições hospitalares estabeleceu-se em 1990, com a Lei nº 8.069, artigo 10º, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 2008). Assim, os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e privados, são obrigados a:... "II identificar o recém-nascido mediante registro de sua impressão, plantar e digital, e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa". Mas, no referido artigo não há recomendação sobre o material e a técnica a ser utilizada para o registro das impressões plantares e digitais.

Outros métodos destinados à identificação são os biométricos, porém estes não são aplicáveis ao RN em razão de problemas na legibilidade, na precisão e na confiabilidade; falta de capacitação dos profissionais de saúde na execução do procedimento e pelas características do neonato ao nascer, como a pele coberta por vernix caseoso ou pela reduzida espessura da epiderme e das cristas papilares, que se deformam no contato com o aparelho ou mesmo pelo reduzido tamanho da polpa digital, três a cinco vezes menores que a de um adulto (Cummins, Middel, 1943;

Shepard, Ericson, Fromm, 1966; Thompson et al., 1981; Lohnes, 1986; Lomuto, Duverges, 1995; Cat, 2003).

Por outro lado, também se verifica que autores, como Castellanos (1953); Wierschem (1965); Shepard, Ericson, Fromm (1966); Kakuda, (1977); Thompson et al.(1981); Lohnes (1986); Lomuto, Duverges (1995); Cat (2003); Weingaertner (2007) ratificam que a coleta de impressão plantar com tinta não é segura para a identificação do neonato, indicando o abandono dessa técnica, uma vez que gera desperdício de material e de tempo dos profissionais.

No entanto, a impressão plantar e a digital materna são meios, ainda, aplicados na grande maioria das maternidades em virtude da imutabilidade e da perenidade das cristas papilares (Maltoni et al., 2005).

Em vista dos avanços tecnológicos do cuidado à saúde, a biometria, vem sendo, gradualmente, introduzida como um método para identificação do paciente, uma vez que as características biométricas não podem ser compartilhadas, delegadas, desviadas ou copiadas, garantindo a propriedade de confiabilidade (Zuniga, Win, Susilo, 2010).

O propósito primário do uso desta tecnologia consiste em associar a identificação do paciente à do provedor do cuidado de saúde, perpassando pela identificação em si, pela conferência e pelos custos. A impressão digital também pode ser empregada nas situações de emergência ou em pacientes comatosos, permitindo a identificação inequívoca do paciente (Marohn, 2006; Zuniga, Win, Susilo, 2010).

Diante dessas considerações, as tecnologias biométricas desenvolvidas vêm sendo instituídas nos estabelecimentos de saúde para a identificação do paciente/usuário.

No entanto, o grande desafio é praticar a identificação do paciente, considerando os aspectos culturais, sociais e organizacionais, que vão desde a confecção manual de pulseiras ao uso da biometria, reconhecidas como um sistema automático e prático de redução de erros. Atualmente, o código de barras e o sistema de identificação por radiofrequência também vêm sendo incorporados nas instituições de saúde.

Acompanhando a evolução dos métodos de identificação para o binômio mãe-filho, no ano de 2000, na Clínica Obstétrica, ocorreu a retirada das pulseiras metálicas, que eram numeradas de 1 a 67 (seguindo os leitos do Berçário Anexo à Maternidade, utilizadas como um segundo meio de identificação²).

Essas pulseiras foram então substituídas por uma de cadarço, contendo o número sequencial do parto. Desse modo, o protocolo e a prática da identificação foram modificados, passando a puérpera ser identificada, com a pulseira plástica na cor branca, contendo os dados: nome e sobrenome completos e corretos, número de registro hospitalar, número sequencial do parto e o código de barra e a pulseira de cadarço com o número sequencial do parto e o RN identificado também com esta pulseira e com a pulseira plástica na cor branca, com os identificadores: nome e sobrenome completos e corretos da mãe com os registros da sigla "RN de" e "do número sequencial" do parto, número de registro hospitalar, código de barras e na pulseira de cadarço, o número sequencial do parto.

A implementação da pulseira de cadarço com o número sequencial do parto foi estabelecida, pensando-se em mais um meio de identificação destinado à segurança do paciente, sobretudo para evitar a troca de RN, comunicação equivocada entre profissionais e a puérpera e o rapto da criança.

² Dados extraídos do Livro de Parto do Centro-Obstétrico, ICHC-FMUSP. 2000. p. 201-300.

Cabe ressaltar que o processo de identificação do binômio no Serviço Tocoginecológico sempre esteve presente ao longo desses anos, retratado nos processos de trabalho assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa.

No momento atual, o processo de identificação do paciente vem sendo revisto na Instituição, indo ao encontro das Metas de Segurança estabelecidas pelos órgãos internacionais, nacionais e por reconhecer a relevância dessa prática no cuidado seguro.

O desenvolvimento desta investigação permitiu transcender os resultados quantitativos, buscando a incorporação e a integração destes no contexto do ICHC, com vistas à melhoria da qualidade.

Para isso, propôs-se uma oficina de trabalho junto à equipe de trabalhadores envolvidos com o processo de identificação da mulher e do RN e o emprego de ferramentas de qualidade.

As ferramentas adotadas foram o Diagrama de Causa e Efeito ou de Ishikawa e o *Brainstorming*. As ferramentas de qualidade são métodos destinados a definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no desempenho de trabalho (Malik, Schiesari, 1998).

O Diagrama de Causa e Efeito permite a organização das informações ou do conhecimento atual, com relação a um problema ou questão, possibilitando identificar e visualizar as possíveis causas do problema; verificar a situação antes e depois; priorizar as ações ou definir melhorias; identificar, explorar, ressaltar e mapear fatores que podem afetar um problema, como mostrar a relação entre as causas (Malik, Schiesari, 1998; Alves, 2012; Rodrigues et al., 2012).

O *Brainstorming* consiste em uma técnica grupal na qual os participantes contribuem com ideias em um curto espaço de tempo, espontaneamente, sobre uma situação-problema, sendo fundamental na identificação, na seleção das questões e na geração de possíveis soluções (Malik, Schiesari, 1998; Alves, 2012).

Primeiramente, os trabalhadores foram convidados a participar da oficina, mediante um convite* (os convites e a anuência dos participantes encontram-se em posse da pesquisadora), agendando-se a data, o local e o horário. No dia do encontro, a pesquisadora, inicialmente, apresentou os Objetivos do estudo, o Método e a análise preliminar dos Resultados, considerando as três etapas do protocolo de identificação.

A seguir, foram disponibilizados papel e caneta visando à representação gráfica da ferramenta, desenhando-se uma seta da esquerda para a direita e registrando no final o efeito (problema). O próximo passo consistiu, por meio da técnica do *Brainstorming*, em levantar as possíveis causas, classificando-as em Política, Método, Material e Pessoal.

Participaram das atividades 12 pessoas dos Serviços: Divisão Médica, Divisão de Enfermagem do ICHC e do Instituto da Criança, Divisão de Arquivo Médico de ambos os Institutos, Divisão de Suprimentos e Materiais, Centro de Informática do ICHC, a pesquisadora e a orientadora deste estudo, na qualidade de mediadora. A atividade oportunizou a verbalização e a compreensão dos problemas listados na não conformidade do protocolo de identificação das gestantes/puérperas e do RN, ratificando a importância da comunicação e do trabalho em equipe.

A seguir, os dados das figuras representam o produto da oficina.

Figura 9 - Modelo do Diagrama Causa e Efeito no levantamento dos problemas da não conformidade no protocolo de identificação por meio de pulseiras das gestantes/puérperas na Clínica Obstétrica, ICHC-FMUSP, 2014.

Figura 10 - Modelo do Diagrama Causa e Efeito no levantamento dos problemas da não conformidade no protocolo de identificação por meio de pulseiras do RN no Centro Obstétrico, ICHC-FMUSP, 2014.

A partir dos resultados desta investigação associados aos trabalhos realizados pelo Serviço de Qualidade e Segurança, houve a revisão e as modificações no processo de identificação do paciente e na definição de estratégias para sua implementação.

Assim, sob a coordenação do referido serviço e da DE houve revisão dos protocolos e POP (Anexo 1) referentes à identificação do paciente no âmbito institucional, abrangendo as unidades de internação, o ambulatório (pequenas cirurgias, quimioterapia, hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico) e o serviço de emergência referenciada

O novo protocolo institucional do programa de segurança do paciente - Meta 1: Identificação do Paciente, encontra-se no Anexo 4.

Para a consecução do processo de identificação, houve também a necessidade de aquisição de impressoras térmicas e de um novo tipo de pulseira, adequada ao tamanho do paciente (adulto e RN), bem como a revisão da descrição técnica desse material, substituindo-se a pulseira manuscrita pela impressa, contendo no padrão puérpera e no neonato: nome completo e correto da mãe, antecedido pela sigla "RN", registro hospitalar, código de barras e número sequencial do parto. Em caso de gemelaridade, registrar a sigla RN 1, RN 2 e, assim, sucessivamente.

Para as gestantes, houve a padronização dos identificadores e a confecção/identificação ocorreu no momento da internação independente do local de procedência.

No que tange aos recursos humanos, vem verificando-se a capacitação dos trabalhadores de enfermagem em momentos pontuais e no decorrer do processo assistencial, visando, além do cumprimento do protocolo, a buscar ideias e proposições destinadas a elevar o percentual de conformidade na área materno-infantil. No entanto, é fundamental que essa atividade seja ampliada a todos os

trabalhadores do hospital, entendendo o processo de identificação, como institucional e multidisciplinar.

Além das medidas discorridas e implementadas no ICHC, ressaltam-se os avanços da DE, ao trabalhar o novo protocolo de identificação junto à Divisão de Arquivo Médico, do Núcleo de Processamento de Dados, do Centro de Informática e com a Divisão de Suprimentos e Materiais, buscando a integração e o compartilhamento da responsabilidade. Outrossim, esse trabalho em equipe propicia discussões e aquisição de conhecimento junto às leis, portarias, guias e deliberações quanto à identificação do paciente.

O trabalho corrobora o estudo de Gray e Goldmann (2004) ao afirmarem que a segurança do paciente e a prevenção do erro dependem do envolvimento da equipe multidisciplinar, partícipes diretos ou indiretos do processo assistencial e na execução de um trabalho coeso e produzido com base na cultura de segurança.

Por conseguinte, vivenciar esta investigação, a reestruturação do protocolo e revisitar o modelo avaliativo Donabedian reiteram o compromisso profissional, ético e social dos profissionais de saúde, no que tange à complexidade do processo de identificação, sendo considerado um dos desafios globais para a segurança na atenção à saúde.

6 Conclusão

A análise dos dados desta investigação, com a amostra de 400 oportunidades de observação na Clínica Obstétrica e 400 no Centro Obstétrico permitiu as seguintes conclusões:

Conformidade Geral

- ❖ A conformidade geral na Clínica Obstétrica correspondeu a 58,5% e no Centro Obstétrico a 22,3%. Estes resultados não confirmam a hipótese de que a conformidade geral no protocolo identificação por meio da pulseira em ambas as unidades era de 90%.

A identificação da gestante/puérpera na Clínica Obstétrica

- ❖ Tendo em vista as três etapas do protocolo, a maior conformidade (93,4%) foi na etapa 2 - componentes de identificação; a menor conformidade (70%) foi atribuída à etapa 3 - condições da pulseira, com diferença estatística significativa $p < 0,001$;
- ❖ Na etapa 1, presença e quantitativo, das 400 oportunidades, em 9 (2,3%) a pulseira estava ausente, e 11 (2,7%) apresentavam pulseiras sem qualquer identificação. Em relação ao quantitativo de pulseira, houve semelhança entre as gestantes e as puérperas, sendo a conformidade de 92,8% para as primeiras e 93,6% para as segundas;
- ❖ No que tange à etapa 2, as maiores conformidades foram (99,5%) presença do registro hospitalar e (98,3%) do número sequencial do parto e o menor índice 95% à presença do nome completo e correto;
- ❖ Quanto à etapa 3, a maior conformidade encontrada foi relacionada às condições de uso da pulseira (80,3%);

- ❖ Na comparação entre as gestantes/puérperas em condições especiais e não especiais, o maior percentual considerando a conformidade geral foi atribuído ao grupo de gestantes/puérperas não especial (61,2%). Quanto as três etapas, os melhores percentuais de conformidade para os dois grupos foram encontrados na etapa 2 - 96,3% para o grupo especial e 93,2% para o não especial, seguida da etapa 3, com percentuais semelhantes entre os grupos. Na etapa 1, a conformidade do grupo especial obteve o menor percentual (31%), com diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$, repercutindo acentuadamente para o baixo índice (24,1%), na conformidade geral neste grupo.

A identificação do RN no Centro Obstétrico

- ❖ Das três etapas do protocolo do RN, a que apresentou maior percentual de conformidade (69%) relacionou-se à etapa 2 - componentes de identificação. O menor percentual de conformidade (44,5%) foi verificado na etapa 3 - condições da pulseira, com diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$;
- ❖ Na etapa 1 - presença e quantitativo de pulseiras, todos os RN eram portadores de pulseira plástica na cor branca. A menor conformidade nesta etapa correspondeu à presença de pulseira no membro preconizado (55,2%);
- ❖ Em relação à etapa 2 - componentes de identificação, os melhores índices de conformidade foram 100% presença do código de barras e 99% nome e sobrenome correto e completo. A menor conformidade (70%) foi a ausência da sigla "RN de", com diferença estatística significativa $p < 0,001$;
- ❖ Na etapa 3, o menor índice de conformidade foi (46,3%) referente à condição de uso, com diferença estatística

significante, $p < 0,001$. Esta etapa foi a que mais influenciou o baixo índice encontrado na conformidade geral do protocolo.

- ❖ Ao se comparar os neonatos em condições especiais e não especiais, o maior percentual na conformidade geral correspondeu ao grupo de RN não especial (28,2%). Relativo as três etapas, os maiores índices de conformidade para os dois grupos foram encontrados na etapa 2 - 71,6% para grupo especial e 67,3% para o não especial. Na etapa 1, o menor índice de conformidade (27,1%) referiu-se aos RNs em condições especiais, com diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$, repercutindo acentuadamente na conformidade geral (12,9%) nestes grupos.

Comparação da conformidade do protocolo de identificação das gestantes/puérperas na clínica obstétrica e do RN no Centro Obstétrico

- ❖ Na comparação entre os índices de conformidade geral e nas três etapas entre a Clínica Obstétrica e o Centro Obstétrico houve diferença estatisticamente significativa, $p < 0,001$, ratificando o melhor desempenho do protocolo na Clínica Obstétrica.
- ❖ Os resultados de maiores conformidades, tanto geral como nas três etapas do protocolo na Clínica Obstétrica refutam a segunda hipótese deste estudo que considerava os melhores índices da conformidade no Centro Obstétrico, com diferença estatística significativa $p < 0,001$.

7 Considerações Finais

O desenvolvimento desta investigação reafirma a multiplicidade de variáveis que envolve o processo de identificação do paciente e sua estreita relação com a segurança, assim como os desafios a serem enfrentados pelos gestores e profissionais de saúde, no intuito de assegurarem uma assistência isenta de risco aos usuários e aos trabalhadores no setor saúde.

As observações das oportunidades possibilitaram reconhecer a situação real que contribuiu para as não conformidades. Outrossim, permitiram constatar que nenhum dos dois protocolos avaliados alcançou o índice esperado de conformidade geral de suas etapas, exceto para a etapa 2 - componentes de identificação na gestante/puérpera, evidenciando que, embora instituídos, os protocolos nem sempre são executados na prática.

Nesse sentido, acredito que os resultados possam nortear o redesenho dos processos assistenciais e gerenciais e subsidiar a implementação de medidas e estratégias de educação e conscientização dos profissionais de saúde, no sentido de valorizarem a inequívoca identificação do paciente. Esclareço que determinadas medidas foram implementadas, conforme relatado anteriormente.

Frente a esse diagnóstico situacional, é preciso pensar em investimentos institucionais e da DE, sobretudo nos componentes de estrutura e processo, bem como adotar um plano de ação no sentido de elevar os percentuais da conformidade geral e das três etapas investigadas no Centro Obstétrico diante das especificidades do RN atendido e das condições de nascimento, muitas vezes, representadas pelas situações de emergência obstétrica e neonatal.

A oficina de trabalho, a construção da ferramenta de qualidade e o Diagrama de Causa-Efeito foram elementos propulsores para a revisão do processo de identificação no âmbito da Instituição, que associada ao movimento em prol da segurança do paciente, delineada por estratégias e medidas compartilhadas entre a Divisão de Enfermagem, o Serviço de Qualidade e Segurança, a Divisão de Suprimentos de Materiais, a Divisão de Arquivo Médico e o Centro de Informática favoreceram o redesenho do protocolo de identificação do Paciente - Meta 1 de Segurança, contemplando as gestantes/puérperas e os RN. Ainda no intuito de executar novos planos de ação para a melhoria contínua da qualidade no processo de identificação, sugiro o emprego da ferramenta *Plan, Do, Check, Action*- PDCA, no sentido de orientar de modo eficiente e eficaz a preparação e a execução das atividades na busca de soluções para atingir os resultados almejados.

Outro ponto a destacar, refere-se à importância de desenvolvimento de outros estudos desta natureza para o estabelecimento de parâmetros aceitáveis da não conformidade nos processos e também para a estimativa de fator de risco, com base nos parâmetros gravidade e probabilidade, oriundos dos resultados das investigações e da aplicação de ferramentas destinadas à gestão de risco.

Ainda nessa direção, ressalto a escassez de pesquisas delineadas para a avaliação das práticas de saúde e aquelas que investigam a qualidade e a segurança, pelo emprego de indicadores ou determinação de índices da conformidade. A revisão da literatura apontou resultados com índices, muito aquém dos esperados pelos autores, especialmente, na conformidade geral.

Por se tratar de um hospital universitário, público e de atenção terciária, outros obstáculos necessitam ser vencidos, como agilizar os processos de comunicação e provisão de material, a educação dos alunos das diferentes profissões da saúde quanto à apropriação e execução dos protocolos institucionais, investimento na carreira dos trabalhadores, fomentar práticas de cultura de segurança e o monitoramento sistemático dos processos de trabalho.

Outro fator a ser lembrado consiste em envolver as gestantes/puérperas no processo de identificação, incentivando-as a requisitarem o uso da pulseira e sua conferência pelos profissionais de saúde durante o processo de cuidar e, por ocasião, da alta hospitalar, indo ao encontro das recomendações dos órgãos nacionais e internacionais, definidores de diretrizes em função da segurança do paciente.

Por conseguinte, os gestores e os profissionais de saúde de saúde devem apropriar-se do real significado dos constructos qualidade e segurança, para que estes sejam legitimados no ambiente de trabalho.

Ao finalizar esta pesquisa, ratifico os inúmeros elementos envolvidos na qualidade e na segurança do paciente no setor saúde, tornando-se imprescindível conhecer a realidade das organizações, os protocolos assistenciais e gerenciais e a aplicação de ferramentas de gestão e de qualidade destinadas a garantir processos de trabalho seguros.

Referências

Alves VLS. Gestão da Qualidade ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2012.

American Academy of Pediatrics, Steering Committee on Quality Improvement and management and Committee on Hospital Care. Policy statement-Principles of pediatric patient safety: reducing harm due to medical care. Pediatrics. 2011;127(6):1199-210.

Antonucci R, Porcella A. Preventing medication errors in neonatology: is it a dream? World J Clin Pediatr. 2014;3(3):37-44.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospital: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). Int J Qual Health Care. 2009;21(6):408-14.

Barnsteiner J. Teaching the culture of safety. Online J Issues Nurs. 2011;16(3):5.

Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Global priorities for patient safety research. BMJ.2009;338:b1775.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Vocabulário da Saúde em Qualidade e melhoria da Gestão. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 28 nov. 2011. Seção 1:227.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 dezembro de 2012. Diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. p. 59.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2 abr. 2013.Seção 1:43.

Becher EC, Chassin MR. Improving quality, minimizing error: making it happen. *Health Aff.* 2001;20(3):68-81.

Bittar RE, Pereira PP, Liao AW. Prematuridade. In: Zugaib M, editor. *Zugaib Obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2012. p.645-66.

Carroll JS, Rudolph JW. Design of high reliability organizations in health care. *QualSaf Health Care*. 2006;15 (Suppl 1):4-9.

Carvalho MHB, Francisco RPV, Brizot ML, Rolnik DL. Pré-natal. In: Zugaib M, editor. *Zugaib Obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2012. p. 195-204.

Castellanos I. *Dermatopapiloscopia clínica*. Cuba: Fernández y Cía; 1953.

Cassiani SHB. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6):viii.

Cat MNL. Método Foot Scan Age para determinação da idade gestacional [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2003.

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

Cleopas A, Kolly V, Bovier PA, Garnerin P, Perneger TV. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(5):344-8.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Pólo São Paulo. 2010. [citado em 20 mar 2011]. http://inter.coren.sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf. www.coren-sp.gov.br.

Cottrell S, Davidson V. National audit of bedside transfusion practice. *Nurs Stand*. 2013;27(43):41-9.

Cummins H, Middel C. Finger prints, palms and soles an introduction to dermatoglyphics. York: Mapple Press; 1943.

Dackiewicz N, Viteritti L, Fedrizzi V, Galvagno I, Ferrería JC, Boada N et al. Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos. *Arch Argent Pediatr*. 2011;109(2):105-10.

Dawood M, Matthews W. Patient misidentification and its ramifications. *Diversity Equal Health Care*. 2014;11:161-2.

D’Innocenzo M, coordenador. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.

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

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

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. *Investigaciones sobre serviços de salud: uma antologia*. Washington (DC): OPAS; 1992a.p.382-404.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull*. 1992b;18(11):356-60.

Donaldson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerous. *Med J Aust*. 2006;184(10 Suppl):69-72.

Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(4):540-5.

Fundación Mapfre Medicina. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. Alerta de seguridade em atención sanitaria. Alerta 1: inadecuada identificación de pacientes. Barcelona; s.d.

García-Betances RI, Huerta MK. A review of automatic patient identification options for Public Health Care Centers with restricted budgets. *Online Journal of Public Health Informatics [Internet]*. 2012 [cited 2014 Jun 1];4(1):9. Available from:<http://ojphi.org>.

Gray JE, Goldmann DA. Medication errors in the neonatal intensive care unit: special patients, unique issues. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89:472-3.

Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: quantification of risk. *Pediatrics*. 2006;117(1):43-7.

Gross L. Implementing barcoding technology to promote newborn identification safety. *Pa Nurse*. 2009;64(1):23-8.

Harada MJCS, et al. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006.

Hain PD, Joers B, Rush M, Slayton J, Troop P, Hoagg S et al. An intervention to decrease patient identification band errors in a children's hospital. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:244-7.

Hoffmeister LV. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados no hospital de clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2012. [citado em 10 de outubro de 2014] Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69753/000872987.pdf?sequence=1>

Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Instituto Central. Divisão de Enfermagem. Regimento interno da Divisão de Enfermagem. São Paulo; 2011.

Howanitz PJ, Renner SW, Walsh MK. Continuous wristband monitoring over 2 years decreases identification errors. *Arch Pathol Lab Med*. 2002;126(7):809-15.

Instituto Central [Internet]. São Paulo; 1997-2013. [citado 2015 jan. 10]. Disponível em: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=102:instituto-central&catid=27&Itemid=226.

Jardim JM, Lacerda RA, Soares NJD, Nunes BK. Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea em um hospital governamental. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):38-45.

Jha AK, Prosopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:42-7.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2006 [citado 23 maio 2011]. Disponível em: [HTTP://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx](http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.2014 [citado 20 julho 2014]. Disponível em: [HTTP://www.jointcommission.org/assets/1/6/HAP_NPSG_chapter_2_014.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HAP_NPSG_chapter_2_014.pdf)

Kakuda ML. A tomada de impressões plantares de recém-nascido como problema de enfermagem: estudo da tinta, papel e modo de aplicação. *Enferm Novas Dimens*. 1977;3(6):362-8.

Kelly T, Roper C, Elsom S, Gaskin C. Identifying the "right patient". Nurse and consumer perspectives on verifying patient identity during medication administration. *Int J Ment Health Nurs*.2011;20(5):371-9.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.

Kugelmann A, Inbar-Sanado E, Shinwell ES, Makhoul IR, Leshem M, Zangen S et al. Iatrogenesis in Neonatal Intensive Care Units: observational and interventional, prospective, multicenter study. *Pediatrics*. 2008;122:550-5.

Latham T, Malomboza O, Nyirenda L, Ashford P, Emmanuel J, M'baya B et al. Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(6):626-33.

Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err is Human: what have we learned? *JAMA* 2005;239(19):2384-90.

Lee ACW, Leung M, So KT. Managing patients with identical names in the same ward. *Int J Health Care Qual Assur*. 2005;18:15-23.

Liang L. The gap between evidence and practice. *Health aff*. 2007;26(2):119-21.

Lichtner V, Wilson S, Galliers JR. The challenging nature of patient identifiers: an ethnographic study of patient identification at a London walk-in centre. *Health Informatics J*. 2008;14(2):141-50.

Lohnes RC. Reading the fine print. *Am J Nurs*. 1986;86(9):1.029.

Lomuto C, Duverges C. Identificación del recién nacido y medidas de prevención para evitar su robo de las maternidades. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 1995;14(3):115-24.

Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):53-62.

Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'Innocenzo M, coordenadora. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006. p.21-35.

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Maltoni D, Maio D, Jain AK, Prabhakar S. Handbook of fingerprint recognition. New York: Springer; 2005.

Marohn D. Biometrics in healthcare. *Biometric Technol Today.* 2006;14(9):9-11.

Martínez L, Gimeno V, Anglès R, Bañeres J, Torralba L, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. *Rev Calid Asist.* 2008;23(4):158-63.

Martínez-Ochoa EM, Cestafe-Martínez A, Martínez-Sáenz MS, Belío-Blasco C, Caro-Berguilla Y, Rivera-Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. *Med Clin.* 2010;135(Supl 1):61-6.

McDonald CJ. Computerization can create safety hazards: a bar-coding near miss. *Ann Intern Med.* 2006;144(7):510-16.

Melleiro MM, Cadah L, D'Amaral RK, Lima MOP, Catalá CAJ, Tronchin DMR. Construção de um projeto de pesquisa sobre segurança do paciente pelo Núcleo das Escolas de Graduação em Enfermagem do Polo São Paulo - REBRAENSP. In: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente; São Paulo: ADH São Camilo; 2012. p.24-5.

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: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Miasso AI, Cassiani SHB. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Rev Esc Enferm USP.* 2000;34(1):16-25.

Miguel PAC. Qualidade: enfoques e ferramentas. São Paulo: Artliber; 2001.

Morrison AP, Tanasijevic MJ, Goonan EM, Lobo MM, Bates MM, Lipsitz SR et al. Reduction in specimen labeling errors after implementation of a positive patient identification system in phlebotomy. *Am J Clin Pathol*. 2010;133:870-7.

National Patient Safety Agency. Wristbands for hospital inpatients improves safety. Safer practice notice 11, 22 November 2005. [cited 2010 Mar 20];[about 6 p]. Available from: <http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440saferPatientidentificationSPN.pdf>

National Patient Safety Agency. Guidance on the standard for patient identifiers for identity bands. 2009. [cited 2010 Mar 20]; [about 19 p]. Available from: <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/dscn/dscn-2009/data-set-change/DSCN%2004-2009.pdf>

Osmo AA. Processo gerencial. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.127-37.

Pagliari P, Turdo R, Capuzzo E. Patient's positive identification systems. *Blood Transfus*. 2009;7:313-8.

Paparella SF, Horsham PA. Accurate patient identification in the Emergency Department: meeting the safety challenges. *JEN*. 2012;38:(4):364-7.

Patterson ES, Cook RI, Render ML. Improving patient safety by identifying side effects from introducing bar coding in medication administration. *J Am Med Inform Assoc*. 2002;9:540-53.

Pedreira MLG, Chanes DC. Enfermagem para a segurança do paciente. In: Harada MJCS, organizadora. Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul:Yendis; 2011.

Perry DC, Scott SJ. Identifying patient in hospital: are more adverse events waiting to happen? *Qual Saf Health Care*. 2007;16(2):160.

Phillips SC, Saysana M, Worley S, Hain PD. Reduction in pediatric identification band errors: a quality collaborative. *Pediatrics*. 2012;129(6):1587-93.

Phipps E, Turkel M, Mackenzie ER, Urrea C. He thought the "lady in the door" was the "lady in the window": a qualitative study of patient identification practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012;38(3):127-34.

Policy guideline patient identification [Internet]. Adelaide: Department for Health and Ageing, Government of South Australia; 2013. [cited 2015 Jan 8]. Available from: https://correio.usp.br/service/home/~/_Guideline_Patient%2Bidentification.pdf?auth=co&loc=pt_BR&id=39632&part=2

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

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

Quadrado, ERS, Tronchin DMR. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012;20(4):659-67.

Quintanilha RC. Da identificação do recém-nascido [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1933.

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

Raju TNK, Suresh G, Higgins R. Patient safety in the context of Neonatal Intensive Care: research and educational opportunities. *Pediatr Res.* 2011;70(1):109-15.

Ranger CA, Bothwell S. Making sure the right patient gets the right care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(5):329.

Reason J. The contribution of latent human failure to the breakdown of complex systems. *Phil Trans R Soc Lond B.* 1990;327:475-84.

Renner SW, Howanitz PJ, Bachner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. A College of American Pathologists' Q-Probes study of quality issues in transfusion practice. *Arch Pathol Lab Med.* 1993;117(6):573-7.

Rodrigues MV, Carâp LJ, El-Warrak LO, Rezende TB. Qualidade e acreditação em saúde. Rio de Janeiro: GV; 2012.

Rosetti KAG, Tronchin DMR. Avaliação da conformidade da prática assistencial de manutenção do cateter temporário duplo lúmen para hemodiálise. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(1):1-7.

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

Sandler SG, Langeberg A, Dohmalek L. Bar code technology improves positive patient identification and transfusion safety. *Dev Biol*. 2005;120:19-24.

São Paulo (Estado). Decreto n. 59.824, de 26 de novembro de 2013. Altera o regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 27 de novembro 2013. Seção 1:1.

Schulmeister L. Patient misidentification in Oncology care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(3):495-8.

Sevdalis N. Design and specification of patient wristbands: evidence from existing literature, NPSA-facilitated workshop, and a NHS trust survey [Internet]. [London]: National Patient Safety Agency; 2007. [cited 2012 Mar 7]. Available from: http://www.npsa.nhs.uk./2763_wristband_specificat~iew_sevdalis_pdf.

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*. 2009a;15(2):311-5.

Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S. Designing evidence-based patient safety interventions: the case of the UK's National Health Service hospital wristband. *J Eval Clin Pract*. 2009b;15(2):316-22.

Shepard KS, Erickson T, Fromm H. Limitations of footprinting as a means of infant identification. *Pediatrics*. 1966; 37(1):107-8.

Silva LTR, Laus AM, Canini SRMS, Hayashida M. avaliação das medidas de prevenção e controle de pneumonia associado à ventilação mecânica. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2015 jan. 2];19(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

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.

Srulovici E, Ore L, Shinwell ES, Blazer S, Zangen S, Riskin A et al. Factors associated with iatrogenesis in neonatal intensive care units: an observational multicenter study. *Eur J Pediatr*. 2012;171:1.753-9.

Suñol R, Vallejo P, Groene O, Escaramis G, Thompson A, Kutryba B et al. Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2009;18 Suppl1:57-61.

Suresh G, Horbar JD, Plsek P, Gray J, Edwards WH, Shiono PH et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics*. 2004;113:1.609-19.

Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):196-200.

Thompson JE, Clark DA, Salisbury B, Cahill J. Footprinting the newborn infant: not cost effective. *J Pediatr*. 1981;99(5):797-8.

Tronchin, DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia NA, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(3):542-6.

Ursprung R, Gray JE, Edwards WE, Horbar JD, Nickerson J, Plsek P et al. Real time patient safety audits: improving safety every day. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:284-9.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010. Princípios básicos em segurança do paciente; p.35-44.

Wallin O, Söderberg J, Van Guelpen B, Stenlund H, Grankvist K, Brulin C. Blood sample collection and patient identification demand improvement: a questionnaire study of preanalytical practices in hospital wards and laboratories. *Scand J Caring Sci.* 2010;24:581-91.

Weingaertner D. Aquisição de impressões plantares em formato digital para a identificação biométrica de recém-nascidos [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007.

Wierschem J. Know them by their feet. *Medical Record News.* 1965;168:158-60.

World Health Organization. Patient Safety: rapid assessment methods for estimating hazards. Geneva; 2002. [Cited 2010 Marc 28]; [about 41 p]. Available from:http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/en/index.html

World Health Organization .Patient identification. Geneva; 2007a. [cited 2010 Mar 20]; Available from: <http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/ICPS/Patientsolutions.pdf>

World Health Organization. 2007b. Launch of nine patient safety solutions. Geneva; 2007b. [cited 2010 Mar 20]; [about 4p]. Available from:http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/index.html.

World Health Organization .Global Priorities for research in patient safety. Geneva; 2008a. [cited 2010 Mar 20]; [about 16 p].Available from:http://www.global_priorities_patient_safety_research.pdf

World Health Organization. World Alliance for patient safety. Forward programme 2008-2009. Geneva; 2008b. [cited 2010 Marc 20]. [about 80p]. Available from:http://www.who.int/patientysafety/information_centre/reports/alliance_forward_programme_2008.pdf

Zugaib M, editor. Zugaib Obstetrícia. 2ª ed. Barueri: Manole; 2012.

Zugaib M, Sancovski M. O pré-natal. São Paulo: Atheneu; 1994. Identificação do risco obstétrico; p.49-54.

Zuniga AEF, Win KT, Susilo W. Biometrics for Eletronic Health Records. *J Med Syst.* 2010;34:974-83.

Apêndices

APÊNDICE 1

Identificação por meio de Pulseira das Mulheres na Clínica Obstétrica

Favor preencher o formulário abaixo, de acordo com o sorteio aleatório das oportunidades e com a legenda preestabelecida no rodapé. Antes de avaliar a oportunidade, verificar se a mulher é gestante ou puérpera.

[illegible]

Oportunidades de Coleta		Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L	Nº OP A/L
Variáveis											
Etapa 2	Conferência dos componentes de identificação na pulseira										
	O nome e o sobrenome da mulher estão corretos?										
	Estão completos?										
	Há registro hospitalar?										
	Há código de barra?										
Etapa 2	Conferência dos componentes de identificação na pulseira										
	Há o número sequencial do parto (puérpera)?										
	Há o número sequencial de parto na pulseira de cadarço (puérpera)?										
Etapa 3	Conferência das condições da pulseira										
	Os itens estão legíveis?										
	Se não, quantos estão ilegíveis?										
	As condições de legibilidade estão adequadas? Se não, especificar.										
	O material de confecção está em condições de uso? Se não, especificar.										

Legenda: D =Data Nº OP = Número da oportunidade de coleta A=Ala DN ou DS L =Nº do leito sorteado.

C=Conformidade NC=Não conforme. Condições da pulseira (uso e legibilidade): 1 Borrado/Apagado, 2 Rasurado, 3 Falha de Impressão, 4 Sujidade/Secreção, 5 Tamanho inadequado da letra. **Mulher em condições especiais:** presença de venóclise, edema nos membros superiores, alergia ao material, dentre outros.

APÊNDICE 2

Identificação por meio de Pulseira do Recém-Nascido no Centro Obstétrico

Favor preencher o formulário abaixo, de acordo com o sorteio aleatório das oportunidades e com a legenda preestabelecida no rodapé.

[illegible]

Oportunidade de Coleta		Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP	Nº OP
Variáveis		Nº do parto:	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto	Nº do parto
Etapa 2	Conferência dos componentes de identificação na pulseira										
	Há o registro do número sequencial do parto nas pulseiras plásticas na cor branca?										
	Há o número sequencial de parto na pulseira de cadaço?										
	Se gemelar, há o indicativo numérico?										
Etapa 3	Conferência das condições da pulseira										
	Os itens estão legíveis ?										
	Se não, quantos estão ilegíveis?										
	Condições de legibilidade?										
	Material de confecção em condições de uso? Se não, especificar.										

Legenda: D/P=Data e Período (M,T,N) **Nº OP** = Número da Oportunidade de Coleta **Nº sequencial do parto** **C**= Conformidade **NC**=Não conformidade. **Gemelaridade:** indicativo numérico. **Condições da pulseira (uso e legibilidade):** 1 Borrado/Apagado, 2 Rasurado, 3 Falha de Impressão, 4 Sujidade/Secreção 5 Tamanho inadequado da letra, pulseira de plástico tamanho não RN. Neonato em condições especiais: prematuridade, edema nos membros, amputação dos membros, intubado, oxigenoterapia, dentre outros.

Anexos

ANEXO 1

Protocolo do processo de identificação Institucional

A - Protocolo do processo de identificação do ICHC-FMUSP nas unidades de internação

A.1 Definição:

Consiste na identificação do paciente por meio de uma pulseira com dados identificadores.

A pulseira de identificação é instrumento para o cuidado seguro e deve ser utilizada para a conferência da identificação do paciente antes de qualquer procedimento, exame de imagem e laboratorial, cirurgias, administração de medicamentos e hemocomponentes, transferências para outras unidades, óbito e alta hospitalar.

A.2 Objetivo:

- Proporcionar a identificação do paciente.
- Utilizar a identificação como instrumento para o cuidado seguro.

A.3 Material:

- Uma pulseira plástica de identificação na cor branca;
- Quatro etiquetas plásticas de tamanho apropriado para a identificação de pulseira;
- Impressora de etiquetas; e
- Tinta de cera para a impressora de etiquetas.

A.4 Impressão da Etiqueta para a Pulseira:

Procedimento realizado pelo servidor do Serviço de Arquivo Médico da Unidade de Registro Hospitalar.

- Abrir o sistema informatizado com seu usuário e senha.
- Selecionar o paciente, mediante o registro hospitalar do paciente.
- Proceder à internação do paciente, mediante autorização para a internação hospitalar assinada e com leito e clínica definidos;
- Imprimir quatro etiquetas plásticas de identificação de pulseiras;
- Fechar o sistema; e
- Fornecer as etiquetas impressas ao servidor.

A.5 Procedimento de identificação:

Procedimento realizado pelo Enfermeiro/técnico ou auxiliar de enfermagem.

- Receber as etiquetas plásticas impressas;
- Colar a etiqueta plástica na pulseira na cor branca;
- Conferir a identificação da pulseira com o paciente/família e com dados do prontuário; e
- Afixar a pulseira no braço do paciente.

B - Identificação de paciente em atendimento no Pronto Socorro:**B1 Impressão de etiquetas para a pulseira**

Procedimento realizado pelo servidor do Serviço de Arquivo Médico da Unidade de Registro Hospitalar.

- Abrir o sistema informatizado com seu usuário e senha;
- Selecionar o paciente, mediante os dados de identificação do paciente, gerando número de pronto atendimento;
- Proceder à confecção da ficha de atendimento de Pronto Socorro;
- Imprimir etiquetas de papel com dados de identificação do paciente; e
- Fechar o sistema.

B.2 Procedimento de identificação:

Procedimento realizado pelo servidor do Registro Hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento.

- Colar a etiqueta de papel na pulseira plástica de identificação;
- Orientar a paciente e ou familiar a colocar a pulseira de identificação; e
- Encaminhar o paciente ao setor de atendimento.

C - Identificação do paciente para a internação no Pronto Socorro:**C.1 Impressão de etiquetas para a pulseira**

O procedimento da impressão da etiqueta para a pulseira é realizado pelo Serviço de Arquivo Médico da Unidade de Registro Hospitalar do Pronto- Socorro.

- Abrir o sistema informatizado com seu usuário e senha;
- Selecionar o paciente, mediante os dados de identificação do paciente gerando o número de pronto atendimento;
- Proceder à confecção da ficha de atendimento de Pronto Socorro;
- Imprimir etiquetas plásticas com dados de identificação do paciente; e
- Fechar o sistema.

C.2 Procedimento de identificação

Procedimento realizado pelo Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem.

- Conferir a identificação da pulseira com o paciente/familiar e dados no prontuário;
- Retirar a pulseira branca com etiqueta de papel.

Observação:

- A etiqueta a ser afixada na pulseira plástica não poderá ser substituída por etiqueta de papel com os dados identificadores;
- O ajuste da pulseira deverá ser firme, porém não justo ao ponto de realizar garroteamento do braço nem frouxa que permita sua saída;
- Realizar a troca de etiqueta plástica sempre que os identificadores estiverem borrados, ilegíveis ou com sujidade, atentando para a checagem dos dados da etiqueta;
- Verificar a presença da pulseira e os dados identificadores do paciente; e
- Se o paciente for identificado pelo enfermeiro ou médico como paciente psiquiátrico, o enfermeiro deverá dirigir-se ao Registro de Pronto - atendimento e solicitar uma pulseira na cor laranja com etiqueta plástica para a identificação do paciente;

D. Identificação do recém-nascido e da mãe na sala de parto:

- A pulseira de identificação da mãe contém dados identificadores, como o nome e sobrenome completo, registro hospitalar e número sequencial de parto/nascimento. Estes dados são escritos manualmente/impressos na pulseira. A identificação da mãe será composta por uma pulseira plástica na cor branca e uma pulseira de cadarço confeccionada, manualmente, com o nº sequencial de parto. Este conjunto representa um par de pulseiras; e
- Para as pulseiras do RN, confeccionar pulseiras plásticas na cor branca, com os mesmos identificadores materno, acrescentando a sigla “RN de” antes do nome da mãe e o número sequencial do parto, e as pulseiras de cadarço com o número sequencial do parto. Um par de pulseiras de identificação (plástica na cor branca tamanho RN e uma pulseira de cadarço) deve ser colocado no braço direito e o outro par no tornozelo direito.

D.1 Material:

- Pulseiras plásticas de identificação na cor branca, uma para a mãe e duas pulseiras para o RN; e
- Pulseira de cadarço com o número sequencial do parto, uma para a mãe e duas para o RN.

D.2 Procedimento de identificação

Procedimento realizado pelo enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem do Centro Obstétrico.

- Confeccionar as pulseiras de identificação;
- Realizar dupla checagem dos dados da pulseira;
- Realizar checagem verbal da identificação da gestante/parturiente, confrontando com os dados do prontuário no momento que esta adentra à sala de parto;
- Colocar a pulseira de identificação no braço;
- Realizar identificação do recém-nascido imediatamente na sala de reanimação, colocando um par de pulseira no braço direito e um par no tornozelo direito;

- Conferir os dados na pulseira de identificação do RN com a mãe, mostrando o registro, o nome completo, o número sequencial de parto e o gênero; e
- Encaminhar o RN, devidamente, identificado ao membro da equipe do berçário.

Observação:

- As identificações do RN e da mãe deverão ser rigorosamente realizadas no Centro Obstétrico, respeitando-se as condições clínicas do binômio, porém em hipótese alguma deverá ficar sem a identificação por meio das pulseiras;
- Caso a mãe submeta-se à anestesia geral ou outro processo de sedação, mostrar, previamente, a identificação do neonato à mãe, conferindo todos os dados;
- Em casos de recém-nascidos especiais, com malformação dos membros e não havendo a possibilidade de afixar as pulseiras de identificação ou realizar a impressão plantar, as quatro pulseiras deverão ser afixadas em outra parte do corpo, como o coto do membro ou no membro presente. A não realização do protocolo estabelecido na instituição será justificada em prontuário materno e no recém-nascido; e
- Nos RNS gemelares, será usada a identificação RN um (1º gemelar), RN dois (2º gemelar).

ANEXO 2**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) - CAAE: 14661213.7.0000.5392** **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Segurança do paciente em maternidade: avaliação do processo de identificação do binômio mãe-filho.

Pesquisador: Terezinha Hideco Tase

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14661213.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Prezados Senhores,

Data do Envio: 01/07/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 801.758

Data da Relatoria: 16/09/2014

Apresentação da Notificação:

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado à Escola de Enfermagem da USP para a obtenção do título de Doutor. Estudo de abordagem quantitativa, exploratório-descritivo objetivando avaliar o processo de identificação das mulheres e dos neonatos admitidos na Unidade de Clínica Obstétrica e no Centro Obstétrico de um hospital de ensino do Município de São Paulo. O estudo será realizado na Clínica Obstétrica e no Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da FMUSP. A casuística será constituída de 708 oportunidades de avaliação do processo de identificação das mulheres admitidas na Unidade de Clínica Obstétrica e dos Recém-nascidos no Centro Obstétrico, calculada mediante equação estatística com nível de significância de 5%, $z = 1,96$, $p = 0,50$ e

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 801.758

m=5%. Os dados serão coletados no período de setembro de 2013 a março de 2013, por meio de dois formulários específicos contendo os dados relacionados à pulseira, no processo de identificação. As oportunidades de avaliação dar-se-ão por meio da seleção aleatória e a coleta será à beira leito. A análise ocorrerá mediante estatística descritiva e inferencial para comparar as conformidades do processo de identificação entre as unidades de internação e centro obstétrico. Dessa forma, espera-se que os achados deste estudo contribuam para retratar o processo de identificação do paciente hospitalizado através da pulseira e verificar as etapas com maior vulnerabilidade, subsidiar o emprego e implementação de ações preventivas e corretivas no processo de identificação, visando à segurança do binômio mãe-filho, dos profissionais de saúde e da instituição.

Objetivo da Notificação:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Avaliar o processo de identificação das mulheres e dos neonatos admitidos na Unidade de Clínica Obstétrica e no Centro Obstétrico de um hospital de ensino do Município de São Paulo.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Verificar as conformidades das pulseiras empregadas na identificação das mulheres na Unidade de Clínica Obstétrica e nos neonatos no Centro Obstétrico;

Determinar os índices de conformidade nas etapas que compõem o processo de identificação;

Comparar os índices de conformidade do processo de identificação por pulseiras nas mulheres e nos neonatos na Clínica Obstétrica e no Centro-Obstétrico;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Não há

BENEFÍCIOS: Avaliar o processo de identificação utilizado na instituição campo de pesquisa, conhecer os índices de conformidade em todas as etapas do processo e atuar na realidade mediante ações corretivas e preventivas. Garantir a segurança do paciente no decorrer de sua internação e da terapêutica. Contribuir para a segurança dos profissionais de saúde e da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Trata-se de um estudo exploratório que visa melhorar a qualidade da segurança do binômio mãe-filho em um Centro Obstétrico público de SP. A pesquisa é relevante, muito importante dentro do contexto em que se situa e trará contribuições significativas para a área. A relação com os pacientes envolvidos é indireta.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 801.758

Esse parecer refere-se ao primeiro relatório apresentado onde a doutoranda relata já ter completado a fase de coleta de dados e estar na fase de análise dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE foi dispensado e os documentos relativos à instituição foram devidamente apresentados estando de acordo com o solicitado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme parecer de aprovação já emitido, o estudo é adequado, bem apresentado, com metodologia pertinente à proposta. Não envolve riscos e os benefícios mostram-se muito positivos para a área onde se insere. O relatório mostra-se de acordo com o proposto. Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Relatório parcial aceito pelo colegiado.

SAO PAULO, 23 de Setembro de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 3**Aprovação do Comitê de Ética do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP - CIAPP: 376/13** **APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na 207ª reunião no dia 10 de Setembro de 2013, **ANALISOU** e **APROVOU** o protocolo de pesquisa intitulado: "**SEGURANÇA DO PACIENTE EM MATERNIDADE: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO BINÔMIO MÃE-FILHO**", do seguinte pesquisador: Terezinha Hideco Tase.

São Paulo, 10 de Setembro de 2013.

Prof. Dr. SEIZO MIYADAHIRA

Presidente do Comitê de Ética do DOG-FMUSP

Prof. Dr. JOSÉ MARIA SOARES JÚNIOR

Secretário do Comitê de Ética do DOG-FMUSP

**APROVADO PELO CONSELHO
DO DOG EM 18/09 /2013**

PROF. DR. MARCELO ZUGAIB

Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ANEXO 4

**Protocolo Institucional do Programa de Segurança do Paciente
Meta 1: Identificação do Paciente**

PROTOCOLO INSTITUCIONAL	Código:
	PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Última Revisão: 2014
Página 1 de 148	Meta 01: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Próxima Revisão: 2016
Conceito		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constitui-se em elemento essencial para a identificação do paciente correto com o cuidado que deve receber, visando à migração dos eventos adversos relacionados à assistência, assegurando, assim, a qualidade e a segurança do cuidado prestado no Serviço de Saúde; e a identificação do paciente será realizada por meio de pulseiras de identificação, crachás ou adesivos autocolantes contendo os identificadores padronizados pelo Instituto. 		
Crítérios de Inclusão		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidades assistenciais do ICHC – Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em que sejam realizados procedimentos terapêutico ou diagnóstico. 		
Crítérios de Exclusão		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes ambulatoriais que realizarão consulta médica, e demais procedimentos não descritos nos critérios acima definidos. 		
Políticas/Diretrizes		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ O processo de checagem da identificação do paciente é de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar que presta cuidados de saúde ao paciente; ✓ Para a identificação do paciente, será utilizada a pulseira de cor branca com dois identificadores padronizados estabelecidos pela Instituição, que são: nome completo sem abreviações e data de nascimento; ✓ O registro hospitalar poderá ser utilizado, como dado para conferência e checagem. O número do quarto ou do leito não deverá ser usado como identificador, em função do risco de trocas no decorrer da permanência do paciente no Instituto, e sim ser utilizado como localizador; ✓ Os identificadores padronizados deverão estar sempre legíveis e visíveis, sendo avaliados diariamente a fim de detectar falhas de legibilidade; ✓ Conferir obrigatoriamente, antes do cuidado a ser prestado, inclui a orientação: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Administração de medicamentos ➢ Sangue e hemoderivados ➢ Coleta de material para exame ➢ Entrega da dieta ➢ Realização de procedimentos invasivos ➢ Na entrega e alta do recém-nascido (RN) à mãe ✓ As pulseiras devem ser de tamanho apropriado que possam ser utilizadas para o menor RN e pacientes adultos; ✓ No paciente adulto, a pulseira deve ser colocada no punho. Nos casos em que não há possibilidade do uso nos membros superiores, indicar seu emprego nos membros inferiores; ✓ Recomenda-se a comunicação ativa na checagem da identificação, como solicitar ao paciente ou a seu familiar/acompanhante que informe seu nome completo e data de nascimento, verificando as informações contidas na pulseira. Para os recém-nascidos, será realizada a dupla checagem dos dados da mãe com os do bebê; ✓ Envolver o paciente/ acompanhante/ familiar/ cuidador no processo de identificação correta; e ✓ Utilizar os mesmos dados de identificadores: registro hospitalar, nome completo e data de nascimento na identificação à beira leito e em quadro de aviso.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL	Código:
	PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Última Revisão: 2014
Página 2 de 148	Meta 01: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Próxima Revisão: 2016
Algoritmo ou Fluxograma		
✓ N/A		
Fluxo de Atendimento Assistencial		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ O fornecimento da pulseira de identificação impressa com dados identificadores padronizados é de responsabilidade da Divisão de Arquivo Médico (DAM); ✓ No momento da admissão, a pulseira de identificação pode ser colocada pelo auxiliar de serviço, ou qualquer outro profissional devidamente treinado; ✓ Solicitar reposição junto ao DAM em casos da pulseira com dados ilegíveis, borrados/apagados, falha de impressão, perda ou retirada da pulseira. Conferir os dados novamente da pulseira com os identificadores padronizados, antes de colocá-la no paciente; ✓ No centro cirúrgico, no transoperatório havendo a necessidade da pulseira ser retirada, uma nova pulseira deverá ser confeccionada, conferindo-se os identificadores com o paciente, quando possível ou com os dados do prontuário, deverá ser colocada novamente no paciente ainda nesta unidade, mediante a dupla checagem e, preferencialmente, colocada pelo mesmo colaborador que a retirou; ✓ Deverá ser promovido um rodízio dos membros preconizados, de acordo com a necessidade do paciente, considerando situações especiais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros; e ✓ Pacientes homônimos ou com similaridade sonora do nome, na mesma unidade, quarto ou enfermaria devem ser separados, e/ou colocados em alas diferentes e informada a equipe multidisciplinar. Nas unidades que possuírem quadros, o nome homônimo deverá ser escrito com caneta de cor diferente para alertar a equipe, e seguir a mesma regra: nome completo, data de nascimento e a informação pertinente. <p>Casos especiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Queimados, pacientes alérgicos ao material da pulseira ou biamputado, utilizarão de outros meios de identificação: tais como etiqueta, ou crachá. Em caso de recusa ao uso da pulseira, deverá ser registrado em prontuário e informado à equipe multidisciplinar; e ➤ No caso de indisponibilidade de informações que permitam a identificação do paciente pela ausência do nome completo, deverá ser utilizada a nomenclatura “ DESCONHECIDO 01, data de entrada e registro hospitalar”. O serviço social deverá ser comunicado imediatamente, e a situação corrigida após seu reconhecimento.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL	Código:
	PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	Última Revisão: 2014
Página 3 de 148	Meta 01: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Próxima Revisão: 2016
<p>Plano de contingência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Em casos da ausência da pulseira de identificação (impressão térmica), deverá ser confeccionada outra em caráter provisório com adesivo impermeável, mantendo os mesmos dados de informação em etiqueta adesiva até substituição pela pulseira definitiva; e ✓ A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação. <p>Identificação neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O RN deverá receber duas pulseiras de identificação, contendo dados, como: o nome da mãe completo sem abreviação, registro hospitalar da mãe, data de nascimento, hora e sexo acrescido de "RN de" antes do nome da mãe; outro identificador como o número sequencial de nascimento anual também poderá ser utilizado na pulseira de identificação; ✓ Em casos de nascimento de gêmeos, trigêmeos ou mais, serão acrescidos antes do nome da mãe, RN 1, RN 2 e, assim, sequencialmente; ✓ A pulseira deve ser colocada de preferência no braço e tornozelo direito do RN; ✓ A checagem e a confirmação das informações contidas na pulseira do RN deverão ser realizadas antes de qualquer procedimento; ✓ A confirmação da informação contida na pulseira do RN e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o RN for entregue à mãe em sua transferência e na alta; e ✓ Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento com foto que comprove sua identificação para a confirmação dos dados existentes na pulseira do RN 		
Indicadores		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nº de pacientes internados com pulseira/Nº total de pacientes avaliados x 100; ✓ Nº de pacientes em procedimentos ambulatoriais com pulseira/Nº de total de pacientes ambulatoriais submetidos a procedimentos avaliados no período X 100; e ✓ Nº de pulseiras com todos os itens em conformidade/total de pacientes avaliados x 100. 		
Orientação de alta		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ A pulseira de identificação somente deverá ser retirada no momento da liberação do paciente na alta. 		
Bibliografia		
<p>Brasil. Ministério da Saúde. Proqualis. Programa Nacional de Segurança do paciente: protocolo de identificação do paciente. Brasília; 2013 [citado 2013 novembro]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf</p> <p>Consórcio Brasileiro de Acreditação, Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. Rio de Janeiro; 2011.</p>

PROTOCOLO INSTITUCIONAL		Código:	
	PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE		Última Revisão: 2014	
Página 4 de 148	Meta 01: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Próxima Revisão: 2016	
Bibliografia				
<p>Emergency Care Research Institute (ECRI); Institute for Safe Medication Practice (ISMP). Patient Safety Advisory. Use of color coded patient wristbands creates unnecessary risk. 2005. [cited 2013 Mar 15];2 Suppl, 2:4p. Available from: http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/advisories/v2_s2_sup_advisory_dec_14_2005.pdf</p> <p>Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Rotina de Identificação Correta do Paciente 1 : Meta Internacional de Segurança: 2013. [citado 2013 novembro]. Disponível em: http://proqualis.net/identificacaodopaciente/?id=000002311</p> <p>Quadrado ERS; Tronchin DMR. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. Rev Latino Am Enfermagem. 2012;20(4):659-67.</p> <p>Koppel R, Wetterneck T, Telles JL, Karsh BT. Workarounds to barcode medication administration systems: their occurrences, causes, and threats to patient safety. Am Med Inform Assoc. 2008;15(4):408–23.</p> <p>Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):196-200.</p> <p>World Health Organization. Patient identification. Geneva; 2007. [cited 2013 Mar 12];1:8-11. Available from: http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/</p>				
Revisão				
Histórico de Revisões/Aprovações				
Inserir datas, áreas e nomes dos responsáveis pela revisão e aprovação.				
a Elaboração	Área	Nome do Responsável	Cargo	Assin
Data da o/Verificação	Área	Nome do Responsável	Cargo	Assin
a Aprovação	Área	Nome do Responsável	Cargo	Assin