

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde com qualidade é uma preocupação pertinente aos serviços de saúde, que vêm buscando aprimorar os processos que visam à redução de riscos aos usuários dessas instituições. A globalização e os avanços tecnológicos fomentam transformações nos sistemas de cuidados de saúde, o que leva à preocupação cada vez maior relacionada aos riscos associados a esses sistemas, que se apresentam cada vez mais complexos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A partir da década de 2000, com um panorama preocupante no que diz respeito à segurança do paciente, países como Estados Unidos da América, Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, Nova Zelândia, Suécia e outros vêm criando institutos, associações e organizações na intenção de propor soluções na redução de riscos associados ao cuidado em saúde (CASSIANI, 2005).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que cada paciente internado em hospital norte-americano é acometido por um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (ASPDEN et al, 2007).

Seguindo a tendência do panorama mundial, com a temática cada vez mais evidente, em 2013 foi lançado no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que propõe metas a serem implantadas nos serviços de saúde, buscando a melhoria da segurança do paciente. Assim, novos olhares sobre as questões relativas à redução de eventos adversos relacionados à assistência surgiram, lançando o desafio da mudança da prática diária.

Um estudo demonstrou que a produção científica na área da enfermagem sobre a segurança do paciente vem trabalhando temáticas recorrentes, porém com novos olhares e possibilidades, o que reluz a perspectiva de maior sucesso na solução de questões já abordadas anteriormente, mas sem muito êxito (ARRUDA et al, 2014).

Uma das metas propostas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente é a Identificação Correta do Paciente, que é vista como uma forma de assegurar que ao paciente correto será realizada a devida assistência, tratamento ou exame, e sua importância relaciona-se ao fato de estar diretamente vinculada à possibilidade de eventos adversos em variados procedimentos e cuidados realizados ao paciente,

como na administração de medicamentos, na realização de testes diagnósticos, em transfusões de hemocomponentes, entre outros (BRASIL, 2013a).

A identificação do paciente é citada em pesquisas como um dos fatores frequentemente ligados a erros de medicação. Um estudo descritivo para levantar erros associados à medicação, que utilizou método de análise de causa raiz, realizou uma análise secundária de dados de um estudo já existente, onde 74 tipos de erro de medicação foram observados durante o preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

Um dos erros identificados foi correspondente à paciente errado e tal fato foi observado em 2,7% dos erros levantados no estudo. Como estratégia para evitar esse tipo de erro esta pesquisa cita o uso de pulseiras de identificação no processo de medicação, com a correta confirmação do nome do paciente no momento da administração do medicamento (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

Uma pesquisa realizada em 2006 em hospitais brasileiros identificou problemas na administração dos medicamentos devido a falhas na identificação do paciente, bem como na comunicação com o mesmo no momento da administração do medicamento (MIASSO et al., 2006, p.357).

Outro estudo coloca a falha na identificação do paciente como uma situação em que erros na medicação acontecem com uma alta frequência (CARVALHO; CASSIANI, 2000). A aplicação de forma inconsistente de pulseiras de identificação pode prejudicar a sua eficácia na redução de eventos adversos associados ao seu uso (CLEOPAS et al, 2004).

Dessa forma torna-se necessário investimento no desenvolvimento de processos técnicos que tornem a prática da utilização correta da identificação do paciente cada vez mais segura e eficaz, reduzindo danos ao paciente.

Uma assistência segura, sistematizada, pautada na segurança do paciente e que objetive a isenção de riscos ou de danos para a clientela deve ser meta da equipe de enfermagem (BARROS et al, 2014), e para haver mudança de processo, é preciso entender o contexto em que o mesmo se insere, para que dentro da individualidade institucional desenvolva-se o melhor roteiro de execução de tarefas. Conhecer a

frequência com que ocorrem erros de identificação permite pensar estratégias para melhorias potenciais (LEVIN; LEVIN; DOCIMO, 2012).

Diante do exposto, e refletindo sobre as vivências como Enfermeira assistencialista, com atuação na área hospitalar há mais de 10 anos, onde o processo de medicação faz parte das rotinas diárias, surgiu a preocupação da possibilidade de geração de eventos adversos relacionados à fragilidades neste processo.

Assim sendo, houve um questionamento à respeito do uso da identificação de pacientes neste processo: Quais os tipos de identificação utilizados? O uso da identificação do paciente contribui de que forma para a redução de riscos durante o processo de administração de medicamentos? As rotinas de utilização da identificação do paciente e de administração de medicamentos hoje implantadas no cenário do estudo estão realmente minimizando os riscos?

A partir desses questionamentos surge o seguinte objeto de pesquisa.

1.1 Objeto

A utilização da identificação do paciente durante a administração de medicamentos.

1.2 Objetivo Geral

Construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamentos.

1.3 Objetivos Específicos

Indicar as formas de identificação dos pacientes e sua manutenção durante o período de internação.

Apontar como a identificação do paciente é utilizada pela equipe de enfermagem na administração de medicamentos.

Construir um fluxograma de segurança que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamentos.

1.4 Justificativa

No cenário mundial a segurança do paciente tem sido amplamente discutida e colocada como ponto crítico no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde.

Estudos indicam a identificação incorreta do paciente como um dos fatores que induzem ao erro de medicação (CORBELLINI et al., 2011). Este estudo torna-se pertinente devido à gravidade dos riscos de eventos adversos associados à assistência à saúde, que afetam diretamente os pacientes.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde e que apresenta como uma de suas metas a correta identificação de pacientes, tem orientações que visam contemplar os principais pontos relativos à redução de riscos na intenção de melhorar a qualidade nos Serviços de Saúde; e ainda nos mostra a importância de se buscar um refinamento da prática diária, com destaque para cuidados que por vezes não têm a atenção devida, mas que representam muito quando falamos em riscos aos usuários dos serviços de saúde.

Baseado nessas recentes orientações, este estudo apresentará contribuições no que diz respeito ao uso da identificação de pacientes durante a administração de medicamentos, destacando assim a associação de duas metas do programa nacional de segurança do paciente: identificar corretamente o paciente e melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Dessa forma é possível incentivar uma prática de cuidados pela equipe de enfermagem mais segura, o que se traduz em uma melhora e desenvolvimento efetivos da profissão, melhorias para a sociedade, além de contribuir para o desenvolvimento da linha de pesquisa de Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, e dos grupos de pesquisa como o NAPSQ (núcleo de atenção e promoção à saúde e qualidade).

O processo de medicação é complexo e inclui muitas etapas, profissionais e setores, como por exemplo o serviço de farmácia responsável pela dispensação, o médico responsável pela prescrição e a enfermagem responsável pelo preparo e administração dos medicamentos.

O foco no uso da identificação do paciente durante a administração de medicamentos foi devido ao fato deste procedimento fazer parte de minha prática profissional como Enfermeira em um setor de internação de pacientes eletivos em pré e pós operatório, destacando-se em minha rotina diária.

A construção de um fluxograma que direcione a utilização da identificação do paciente na administração de medicamentos possibilitará a redução de incidentes e possíveis eventos adversos evitáveis relacionados ao processo de medicação.

A realização de uma pesquisa como esta poderá contribuir para publicações futuras nesta área, estimulando produções relativas à identificação do paciente, que ainda são poucas, além de contribuir diretamente para a adesão de práticas mais seguras no cenário estudado.

A verificação de pulseiras de identificação de pacientes à beira do leito pode ser vista como um processo importante, uma vez que não só tem o potencial de dar origem a erros sequenciais na cadeia de atendimento ao paciente, como também pode atuar como um ponto onde os erros anteriores são detectados, e quando possível, corrigidos (SMITH et al, 2011).

Dessa forma, esse estudo apresentará estratégias para mitigar os riscos relativos ao uso incorreto ou mesmo ao não uso de pulseiras de identificação na administração de medicamentos, buscando assim um aperfeiçoamento de uma das etapas do processo de medicação, que é a verificação da identificação do paciente, direcionando as ações necessárias e promovendo a segurança e qualidade da assistência de enfermagem nesta etapa do processo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade e Segurança do Paciente

No área da saúde, a qualidade pode ser definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional aliada ao uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte dos usuários (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Quando se fala em segurança do paciente associamos a ideia de prevenção de erros no cuidado e a eliminação de danos causados aos pacientes por tais erros. (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010). Para o Ministério da saúde o conceito de segurança do paciente considera a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2014).

A busca da qualidade deve ser vista em toda a sua complexidade, e deve ser um objetivo constante e prioritário para as instituições de saúde e também para os profissionais que a constituem. Os profissionais de enfermagem merecem destaque entre os profissionais envolvidos nas estratégias de qualidade dos serviços de saúde, pois possuem um papel extremamente fundamental nas organizações de saúde, e devem sempre ter como foco uma assistência individualizada e que se adeque às melhores práticas de qualidade e segurança (CALDANA et al, 2013).

A complexidade das funções exercidas pelos profissionais de enfermagem em suas atividades diárias, justificam sua posição de destaque nas organizações de saúde, onde podem ser vistos como importantes contribuintes para a cultura de segurança nas instituições.

A procura e o uso de evidências científicas de enfermagem para a promoção de segurança do paciente têm como pressuposto utilizar e fomentar o desenvolvimento de estudos que irão estimular práticas inovadoras na área de enfermagem, na intenção de sustentar as ações e as relações do profissional no sistema de saúde, além de demonstrar o impacto dessas ações nos resultados do sistema (PEDREIRA, 2009).

A orientação de cuidados através de normas, rotinas, protocolos e fluxogramas visa a redução de riscos associados a esses cuidados, uma vez que direciona as atividades de forma que se reduza ao máximo a possibilidade de falhas nos processos

de cuidado. Dessa forma o uso dessas estratégias contribui de forma importante para sistematizar atividades dos profissionais dos sistemas de saúde.

A construção de Fluxogramas, que representam esquematicamente o fluxo de informações e ações sobre determinado processo, e ainda subsidiam a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto, contribui para a padronização de cuidados, e reduz a chance de erros associados ao cuidado que tenha essa estratégia implantada (PIMENTA et al., 2015).

Para se assegurar que as normas e rotinas implantadas atendam aos objetivos propostos, focados na qualidade e segurança do paciente, alguns estudos apontam a utilização de indicadores de desempenho voltados à avaliação do resultado do cuidado como necessários e fundamentais para subsidiar novas práticas e pesquisas (CALDANA et al., 2013).

É possível acreditar que assegurar e garantir protocolos de trabalho, mediados pela qualidade e isenção de riscos à saúde do usuário e do trabalhador, são elementos indissociáveis das instituições de saúde, que buscam a excelência de seus serviços (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

2.2 Erros e Eventos Adversos

Os erros relacionados à assistência em saúde representam hoje uma triste realidade, e com sérias consequências para pacientes, profissionais e também para as organizações hospitalares (BARBOSA et al., 2014).

Os erros são intrínsecos ao processo cognitivo humano e por isso acontecem. Eles são alarmantes e preocupantes e criam demanda de mudanças nos processos e recursos envolvidos nos cuidados em saúde.

A Organização Mundial da Saúde alerta que milhões de pessoas no mundo inteiro sofrem lesões debilitantes e/ou mortes decorrentes de práticas em saúde que não são seguras, com uma estimativa de que um em cada dez pacientes será vítima de um erro (WHO et al, 2008).

O erro no cuidado prestado pela equipe de enfermagem resulta em ação não intencional causado por alguma falha durante a assistência, podendo ser cometido por qualquer membro da equipe e em qualquer momento do cuidado (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000 apud SANTANA et al, 2012).

O evento adverso é considerado um incidente que resulta em dano ao paciente, onde pode haver comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção; podendo ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2014).

É importante ressaltar que, o que diferencia o evento adverso decorrente de uma atividade assistencial de outros desfechos indesejáveis está relacionado à natureza das lesões. O evento adverso relacionado à assistência é causado pelo cuidado prestado ao paciente internado, ao invés de ser decorrente da evolução natural da doença (ANVISA, 2013b).

Em uma revisão sistemática sobre avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais, foram identificados nove estudos publicados nos Estados Unidos da América, Austrália, Nova Zelândia, França, Inglaterra, Dinamarca e Canadá, que empregaram em sua avaliação o método de revisão retrospectiva de prontuário do paciente. Estes estudos avaliaram, no total, 92063 prontuários. A incidência de eventos adversos variou de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes admitidos em hospitais nos estudos revisados (MENDES et al, 2005).

Essa disparidade de resultados poderia ser explicada por diferenças na qualidade do cuidado, diferença no conteúdo dos prontuários e diferença no comportamento dos revisores, porém a simples constatação da presença de eventos adversos leva à reflexão da importância de políticas que garantam a segurança dos pacientes (MENDES et al, 2005).

Um estudo desenvolvido no Brasil permitiu identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente no contexto hospitalar, e foi levantado que os enfermeiros entrevistados conseguem identificar os principais riscos aos quais os pacientes sob seus cuidados estavam expostos. Também foi observada a incorporação de práticas baseadas em evidências associada ao levantamento de barreiras, o que demonstra que iniciativas já estão sendo tomadas por parte dos profissionais na intenção de promover a segurança do paciente (OLIVEIRA et al, 2014).

A redução dos riscos e dos danos, aliada à incorporação de boas práticas no cuidado favorecem a efetividade das atividades de enfermagem e o seu gerenciamento de modo mais seguro. Esta melhoria relaciona-se à necessidade de

mudança de cultura dos profissionais para a segurança, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros adequado, alinhados à política de segurança do paciente instituída nacionalmente (OLIVEIRA et al, 2014).

2.3 Administração de Medicamentos

A Administração de medicamentos aos pacientes em instituições de saúde é um processo complexo, com várias etapas, e que contempla uma série de decisões e ações inter-relacionadas que envolvem profissionais de várias disciplinas, além do próprio paciente, fazendo-se necessário conhecimentos atualizados sobre os medicamentos e, acesso quando for preciso à informações completas e exatas sobre o paciente (CASSIANI et al, 2005).

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem estão na ponta final deste processo, e são as ações destes profissionais que se traduzem concretamente pela administração do medicamento aos pacientes e na observação das reações adversas que podem ocorrer (CASSIANI et al, 2005).

Um estudo desenvolvido em um hospital do interior do estado de São Paulo identificou quatro situações de risco que conduziram à ocorrência de erros na administração de medicamentos. São elas: falha no cumprimento de políticas e procedimentos, falha no sistema de distribuição e preparo dos medicamentos pela farmácia, falha na comunicação e falha no conhecimento (CARVALHO; CASSIANI, 2000).

A complexidade associada ao processo de administração de medicamentos exige que o erro de medicação seja visto como um fenômeno de múltiplas causas e de abordagem multidisciplinar, onde o enfrentamento envolve vários profissionais e assim, cada um, usando seus conhecimentos específicos, partilham da responsabilidade de prevenir erros, identificando e corrigindo os fatores que contribuem para sua ocorrência (PADILHA et al, 2002).

“A segurança, a efetividade e a eficiência prestadas aos clientes, em uma unidade hospitalar, dependem da organização dos processos envolvidos e da gestão do plano terapêutico” (FRANCO et al, 2010).

A equipe de enfermagem, como responsável pelas últimas etapas do processo de medicação, tem a oportunidade de detectar falhas apresentadas até mesmo em

outras etapas do processo, como por exemplo na prescrição e dispensação, e evitá-las alertando os profissionais responsáveis por cada etapa, possibilitando correção com uma pausa no processo, que se tivesse continuidade sem a devida correção poderia refletir em um evento adverso.

Dessa forma, é necessário olhar para a questão das falhas relacionadas ao processo de medicação de frente, conhecer os diversos processos, como eles estão sendo desenvolvidos, e principalmente como os profissionais estão realizando suas atividades, a fim de identificar as possíveis fragilidades existentes e propor medidas para prevenção (CASSIANI, 2005).

2.4 A identificação do Paciente

A identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário (TASE et al, 2013).

O uso de pulseiras é um método frequentemente utilizado para identificar pacientes, no entanto, por si só, este não é completamente satisfatório na eliminação de erros de identificação. Pulseiras de identificação só podem funcionar eficazmente se o paciente consentir o uso, se a informação for inserida com precisão, e principalmente se os profissionais de saúde usarem pulseiras em seus processos de verificação de cuidados (SMITH et al, 2011).

Embora haja medidas no sentido de padronização e disseminação do conhecimento para os profissionais envolvidos na assistência, a identificação do paciente ainda não tem sido reconhecida como elemento primordial no campo do cuidado seguro; como também na pesquisa e na legitimidade do processo pela equipe multidisciplinar, apesar da elevada proporção de eventos adversos e erros constatados (TASE et al, 2013).

Um estudo realizado na Inglaterra avaliou como o processo de verificação da identidade do paciente usando informações da pulseira, são construídas em rotinas de trabalho em saúde, e como estes se relacionam com as diretrizes e procedimentos formais emitidos a nível gerencial para governar estas atividades. O estudo demonstrou a complexidade e eventual risco de erro de aplicação e uso de pulseiras

para confirmar a identidade de pacientes internados, e ressalta que as orientações devem ser mais amplamente divulgadas e as políticas devem ser atualizadas para refletir as áreas de dificuldades que têm sido identificadas em pesquisas (SMITH et al, 2011).

Um estudo realizado no Malawi e publicado em 2012 sobre a identificação de pacientes, revelou que 34% dos funcionários do hospital recordou ao menos um evento de erro de identificação no ano anterior, e menos que 10% do pessoal descreveu o uso de identificadores únicos além do nome do paciente durante a coleta de sangue. O estudo sugere como solução o desenvolvimento de rotinas baseadas nas orientações da Organização Mundial da Saúde, com incentivo à adesão dos protocolos, e melhora nos procedimentos de identificação à beira de leito (LATHAM et al, 2012).

Uma pesquisa recente realizada em um Hospital Universitário do sul do Brasil concluiu que “não são utilizadas estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos e não existe padronização dos dados de identificação” (DE SOUZA et al, 2014, p.10).

Um estudo que levantou estratégias e novos avanços para minimizar erros de medicação destacou o uso da Identificação do paciente com pulseira contendo nome, número do prontuário com código de barras como um procedimento prático e simples, minimizando erros de medicação (SILVA; GARCIA, 2009).

Mesmo que as discussões e iniciativas no que tange à assistência com segurança estejam se desenvolvendo e abrangendo dimensões cada vez mais significativas, ainda há falhas no que diz respeito à implementação efetiva e monitoramento de protocolos de identificação do paciente, por parte dos profissionais de saúde, assim como dos gestores de serviços e entidades de classe (TASE et al, 2013).

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se um estudo descritivo e exploratório com uma abordagem quanti-qualitativa.

A escolha do método descritivo apoia-se na definição de que “A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação.” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p.177).

Para Gil (1995, p.45) a pesquisa exploratória “envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que “estimulem a compreensão”.

O Método quantitativo tem como característica o emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações assim como no tratamento das informações coletadas utilizando-se técnicas estatísticas, que vão desde as mais simples até as mais complexas (DALFOVO, LANA, SILVEIRA, 2008).

Na abordagem qualitativa se busca interpretar os fenômenos nos cenários naturais, o que aumenta a compreensão da experiência com base no pensamento crítico (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001, p.123).

3.2 Cenário

O Cenário desta pesquisa foi uma enfermaria de pacientes adultos de uma instituição pública de assistência a pacientes de alta complexidade, situado na cidade do Rio de Janeiro.

A enfermaria possui disponível 15 leitos para internação, distribuídos em 03 especialidades. Existem internações com previsão de permanência curto, em torno de 24 horas. Esses pacientes geralmente realizam procedimentos mais complexos e logo após são transferidos para a enfermaria.

Também existem internações com o período de internação maior, onde o paciente realiza exames pré operatórios, realizam o procedimento cirúrgico proposto e após passarem o tempo necessário internados em terapia intensiva, retornam à enfermaria para finalizar avaliações necessárias para a alta hospitalar.

Dessa forma, a variedade do perfil dos pacientes internados em uma mesma enfermaria é a maior no cenário escolhido, permitindo assim a observação do dispositivo de identificação do paciente em internações de pacientes provenientes de sua residência, em pacientes provenientes de setores de terapia intensiva e ainda em pacientes provenientes diretamente do setor onde realizou procedimentos invasivos e complexos, o que possibilita tornar a amostra mais variada.

3.3 Participantes do Estudo

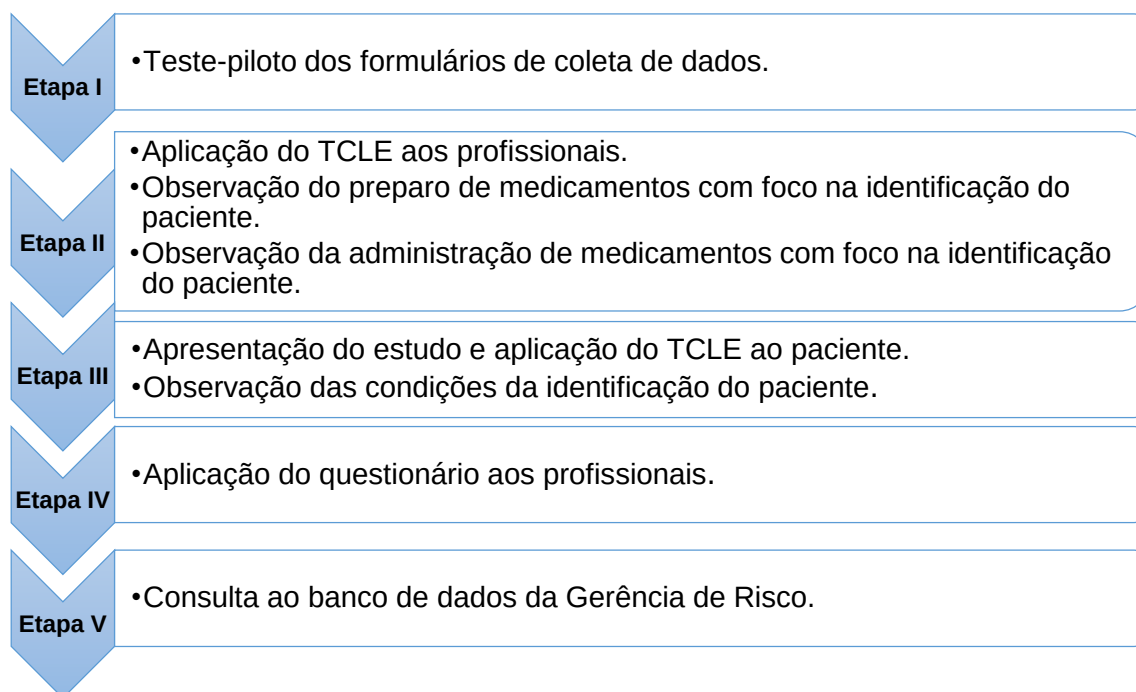
Os participantes do estudo foram os profissionais de enfermagem alocados na enfermaria de escolha e que participavam do processo de medicação.

O processo de preparo e administração de medicamentos foi observado, e para tal, indiretamente os profissionais foram observados pelo pesquisador durante o processo de preparo e administração de medicamentos através de observação não participante, e também responderam a um questionário (Apêndice B). Os critérios de inclusão para profissionais foram: ser profissional da assistência em enfermagem nas enfermarias do hospital, participar na administração de medicamentos a pacientes internados na enfermaria de escolha e concordar em participar do estudo.

Embora os pacientes não sejam participantes deste estudo estes tiveram a sua identificação observada pelo pesquisador no momento da administração de medicamentos. Portanto, foram explicados ao paciente os objetivos da pesquisa e oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) para assinatura, caso concordasse em integrar o estudo.

A amostra do estudo foi composta por 18 profissionais do total de 26 profissionais que compõem a equipe de enfermagem da enfermaria de escolha, o que corresponde a todos os profissionais que aceitaram participar do estudo e que estavam presentes no período de coleta de dados. E ainda, foram observados 30 processos de identificação do paciente, através da observação das formas de identificação do paciente, suas características e manutenção.

3.4 Coleta de Dados

Diagrama 1: As etapas da coleta de dados**Etapa I: Teste piloto dos formulários de coleta de dados**

Foi realizado o teste dos instrumentos de coleta de dados com uma pequena amostra da população de escolha, representada por 02 profissionais de enfermagem, onde foi avaliado a eficiência do roteiro de coleta de dados e também possibilitou algumas correções necessárias, reduzindo a possibilidade de falhas e possível descarte de dados coletados nas amostras da pesquisa. Esta etapa foi realizada nos dois primeiros dias direcionados à coleta de dados.

As alterações realizadas nos formulários foram relacionadas somente à segmentação dos momentos acompanhados para facilitar o registro. Dessa forma, as questões que antes estavam todas dispostas de forma direta sem separações no impresso foram divididas em quadros que distinguiam o momento que a observadora acompanhava. Assim foram criados 03 quadros no impresso que destacavam o preparo de medicamentos, a administração de medicamentos e por fim a identificação do paciente onde era registrado se o profissional realizava algum tipo de manutenção dos dispositivos.

Etapa II: Aplicação do TCLE aos profissionais, Observação do preparo de medicamentos e Observação da administração de medicamentos, com o foco na identificação do paciente.

A chefia de enfermagem do setor de escolha, em conjunto com a pesquisadora comunicou aos funcionários do setor a realização da pesquisa e explicou os procedimentos de pesquisa, principalmente que os profissionais de enfermagem seriam observados em suas rotinas de administração de medicamentos. Foi esclarecido que de forma alguma qualquer atividade de pesquisa atrapalharia o andamento do serviço, muito menos a segurança do paciente.

Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C) aos profissionais que concordaram em participar do estudo. O TCLE esclarece os riscos para o profissional, que são considerados mínimos, e ainda esclarece os objetivos e benefícios da pesquisa. O documento possui o contato dos pesquisadores e ainda dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) envolvidos para os casos de desistência de participação, e também para o esclarecimento de dúvidas.

Num primeiro momento foi observada a rotina de utilização da identificação do paciente adulto no preparo e administração de medicamentos. Essa avaliação se deu através da observação não participante do preparo e administração de medicamentos na enfermaria de escolha e registro em impresso próprio (apêndice A).

Essa fase contemplou todos os turnos de trabalho e todas as equipes envolvidas durante um período de tempo de 60 dias, entre os meses de abril e agosto de 2015. A observação se deu em dias alternados incluindo os plantões diurnos e noturnos.

O observador acompanhou o profissional desde o preparo até a administração de medicamento ao paciente. Os dados observados foram registrados em uma ficha de acompanhamento, com dados objetivos que guiaram o observador em seu registro.

Etapa III: Apresentação do estudo e aplicação do TCLE ao paciente, e observação das condições de identificação do paciente.

O estudo e seus objetivos foram apresentados ao paciente, e foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D) para assinatura dos pacientes que concordaram em participar da pesquisa.

O TCLE esclarece os riscos para o paciente, que são considerados mínimos e ainda elucida os objetivos e benefícios da pesquisa. O documento possui o contato dos pesquisadores e ainda dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) envolvidos, caso

o paciente que anteriormente concordou em participar da pesquisa desista de sua participação, ou ainda para o esclarecimento de dúvidas.

Realizou-se a observação e registro do tipo de dispositivo de identificação do paciente utilizada, e ainda se houve necessidade de manutenção/substituição dos dispositivos ou dos identificadores pelos profissionais, com o registro do motivo da alteração ou correção.

Os dados observados foram registrados em uma ficha de acompanhamento que direcionou de forma objetiva o observador em suas anotações. Foi avaliado o tipo de identificador utilizado nos dispositivos de identificação do usuário do serviço de saúde, se esses dados, quando escritos à mão, estavam legíveis e se possuíam dados abreviados.

Durante esta etapa, sempre que observado alguma inadequação, era realizada a correção com adaptação de novas pulseiras ou placas, e a ocorrência era notificada à gerência de risco da unidade.

Etapa IV: Aplicação dos questionários aos profissionais

Foi aplicado aos profissionais um questionário (Apêndice B) na intenção de que os mesmos identificassem ocorrências à respeito da identificação do paciente durante a administração de medicamentos.

Tais ocorrências podem acontecer e não serem notificadas à Gerência de Risco, tendo em vista a possibilidade de uma subnotificação relacionada aos incidentes em questão.

O questionário possuía um questão única, onde o profissional registrou os tipos de ocorrências que ele já vivenciou durante a prática profissional relativos à identificação do paciente no processo de administração de medicamentos. O instrumento preenchido pelo profissional garantia seu anonimato, pois foi utilizado código por número como localizador da entrevista.

Etapa V: Consulta ao banco de dados da Gerência de Risco

Foi consultado o banco de dados da Gerência de risco no que diz respeito às notificações relacionadas às falhas no processo de identificação do paciente e na administração de medicamentos associados à identificação incorreta do paciente.

3.5 Análise dos Dados

Para identificar as ações observadas através da “Ficha de Acompanhamento do Uso da Identificação do Paciente durante a Administração de Medicamentos” foi utilizado análise estatística através de frequência simples (tabelas e gráficos) onde os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel®. Os dados qualitativos coletados foram categorizados e confrontados com os dados oriundos da Gerência de Riscos e com a literatura científica disponível de maneira que proporcionasse base de conhecimento para a construção de uma nova rotina que vise melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário da unidade.

3.6 Conceitos Utilizados Neste Estudo

Neste estudo se utilizou como conceitos:

- **Formas de identificação:** Qualquer dispositivo utilizado para identificar os pacientes durante a permanência na instituição como pulseiras de identificação ou braceletes, placas de identificação fixadas nos leito e etc. Existem ainda outras tecnologias associadas a esses dispositivos que também são utilizados na identificação do paciente, como: código de barras, rádio frequência e biometria.
- **Identificadores:** Os tipos de dados utilizados pela instituição nas formas de identificação do paciente, sejam eles os preconizados no protocolo do Ministério da Saúde como nome completo do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento, número de prontuário; ou ainda qualquer dado utilizado na instituição, como número do leito, clínica, data de internação e etc.
- **Processo de identificação de pacientes:** Inclui etapas como confecção das formas de identificação de pacientes, adaptação e/ou manutenção destas formas de identificação padronizadas pela instituição.
- **Processo de Manutenção das formas de Identificação do Paciente:** Processo implementado para garantir mudanças e/ou atualização de informações, bem como substituição das formas de identificação que estão danificadas, quando são removidas, ou quando estão ilegíveis.

3.7 Aspectos Éticos e Legais

Conforme Resolução CNS nº 466/12 da CONEP foram respeitados e cumpridos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos.

Este estudo foi enviado para a plataforma Brasil para sua avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições proponente e coparticipante, e foi aprovado com números de pareceres respectivos: 893.132 (anexo 1) e 1.013.404 (anexo 2).

Todo participante que aceitou integrar esta pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa com seres humanos.

Os riscos deste estudo são considerados mínimos para o profissional, pois os mesmos foram observados e também, em um segundo momento, responderam uma pergunta a respeito do uso da identificação do paciente durante a administração de medicamentos.

O participante poderia achar que a observação o incomodava, porque as informações coletadas eram relacionadas ao procedimento realizado por ele. Assim, ele poderia escolher não ser observado e, portanto não participar da pesquisa por sentir-se incomodado.

O profissional participante poderia achar que a pergunta do questionário o incomodava, porque as informações coletadas eram sobre suas experiências pessoais. Assim ele podia escolher não responder a pergunta do questionário que o fizesse sentir-se incomodado.

Os riscos para os pacientes participantes também foram considerados mínimos. O participante poderia achar que a observação das formas de identificação do paciente durante a administração de medicamentos, (como pulseiras e placas de identificação), o incomodava, porque as informações coletadas eram relacionadas a procedimentos realizados nele. Assim, ele podia escolher não ser observado e, portanto não participar da pesquisa por sentir-se incomodado.

O compromisso ético do pesquisador com as situações observadas durante a coleta de dados o levaram à correção de problemas identificados e à notificação junto ao setor responsável.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Indicação das Formas de Identificação dos Pacientes e sua Manutenção Durante o Período de Internação.

Este estudo buscou indicar as formas de identificação dos pacientes utilizadas no período de internação em uma enfermaria do hospital eleito e para a realização desta etapa do estudo foram observados 30 processos de identificação de pacientes no total. Essas observações foram realizadas em um período de 60 dias, alternados de forma aleatória e abrangeu tanto o serviço diurno quanto o noturno.

Durante as observações o estudo era apresentado ao paciente, e o mesmo decidia se gostaria de participar da pesquisa. Uma vez aceito, as formas de identificação que o paciente apresentava eram observadas e então a pesquisadora registrava em impresso próprio os dados relevantes para o estudo (Apêndice A).

Os dados apresentados nas formas de identificação do paciente eram confrontados com os dados registrados em prontuário, para verificar se correspondiam à realidade.

Foram encontradas duas formas para se identificar pacientes nesta instituição: pulseiras e placas de identificação (tabela.1).

Tabela 1

Número de identificação de pacientes segundo o tipo de identificação levantada em uma enfermaria hospitalar.

Formas de identificação do paciente encontradas	n	n%
Pulseiras de identificação	23	76%
Placas ou quadros de identificação	20	66%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

As pulseiras encontradas nas observações eram de cor branca ou vermelha. Ambas possuíam espaço livre para o registro dos dados que identificam o paciente, como nome completo e número do prontuário por exemplo. Tais registros eram realizados com caneta esferográfica comum. A pulseira vermelha é a preconizada no protocolo da instituição para identificar as alergias referidas pelos pacientes, e inclui o

nome dos alérgenos nos dados inseridos na pulseira. Hoje, essas são as únicas pulseiras disponíveis e utilizadas na instituição pesquisada.

A outra forma de identificação do paciente encontrada foi a placa (ou quadro), que na instituição é impressa em papel A4 em formato pré-estabelecido e com identificadores pré-formatados, onde se insere os dados pessoais de cada paciente. O impresso depois de preenchido é colocado em um quadro de acrílico na entrada dos leitos dos pacientes nas enfermarias, que são leitos individuais e com banheiro comum a cada dois leitos dividindo o espaço físico entre eles.

A identificação por placas, embora contemplada no protocolo da instituição, não é descrita no protocolo do Ministério da saúde, que ainda alerta para o risco de suposições de que o paciente certo está no leito certo utilizando-se etiqueta com o nome acima do leito para verificar identificação (BRASIL, 2013 a).

Dos 30 processos de identificação de pacientes observados, 23 (76,6%) apresentavam identificação por pulseiras e 20 (66,6%) apresentavam identificação por placas, que foram as duas formas de identificação do paciente encontradas (Tabela 1). Avaliando a distribuição e combinação das formas de identificação do paciente encontradas, foi possível notar que 16 pacientes (53,3%) tinham pulseiras e placas ao mesmo tempo para os identificar. Também foi levantado que 07 pacientes (23,3%) estavam identificados somente por pulseiras, e 04 pacientes (13,3%) estavam identificados somente por placas. Ainda foi possível apontar que 03 pacientes (10 %) de um total de 30 observados não apresentavam nenhum tipo de identificação de pacientes (Tabela 2).

Tabela 2

A distribuição das formas de identificação de pacientes.

Distribuição das formas de identificação	n	n%
Pulseiras e placas ao mesmo tempo	16	53%
Somente pulseiras de identificação	07	23%
Somente placas ou quadros de identificação	04	13%
Sem nenhuma forma de identificação	03	10%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Diante dos dados coletados é possível observar que o protocolo de identificação de pacientes proposto pela instituição é praticado parcialmente. O uso de pulseiras de identificação e de placas (ou quadros) de identificação para pacientes internados está institucionalizado conforme orientado na política interna, porém com falhas no processo.

A presença de pacientes não identificados por pulseiras, 07 (23,33%) dos 30 pacientes observados, expõe os mesmos a riscos relacionados à assistência. O uso correto do dispositivo de identificação, com sua verificação a cada cuidado, é considerado uma barreira de segurança eficaz na administração de medicamentos, e por ser a última barreira do processo de medicação, ela é primordial.

Pacientes tornam-se vulneráveis para erro quando os profissionais de saúde confiam em outros tipos de identificação do paciente, como por exemplo, somente verificação de nome verbal ou reconhecimento de face do paciente, em vez de verificar a pulseira de identificação (SCHULMEISTER, 2008).

Em seguida foram avaliados quais identificadores estavam contidos nas placas e pulseiras. No padrão encontrado, os identificadores contemplados nas placas são: Nome, Leito, Prontuário, Clínica e data de internação, e eles foram encontrados nos 20 pacientes identificados por placas, portanto em 100 % da amostra que possuía identificação por placas (Tabela 3).

Tabela 3**Identificadores encontrados em pulseiras e placas de identificação.**

Identificadores utilizados em pulseiras e placas de identificação		
Identificadores encontrados	Identificadores em pulseiras	Identificadores em placas
Nome	23 (100%)	20 (100%)
Número do leito	02 (8,69%)	20 (100%)
Número do Prontuário	23 (100%)	20 (100%)
Data de internação	01 (4,34%)	0
Nome da Mãe	01 (4,34%)	0
Idade	05 (21,73%)	0
Alergia	04 (17,39%)	0
Data de nascimento	17 (73,91%)	0
Clínica	0	20 (100%)
Data de internação	0	20 (100%)

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Nas 23 pulseiras de identificação encontradas foi possível observar como identificadores: Nome do paciente, número de leito, número de prontuário, data de internação, nome da mãe, idade, alergia e data de nascimento (Tabela 3).

A avaliação dos 23 pacientes identificados por pulseiras encontrados dentro das 30 observações nos permite afirmar que 100% das pulseiras avaliadas possuíam nome e número de prontuário como identificadores, conforme orientação do protocolo do Ministério da saúde. Porém, o protocolo institucional preconiza a presença de três identificadores na pulseira de identificação, os dois já citados que são preconizados pelo Ministério da Saúde, e ainda a data de nascimento do paciente, que foi encontrada somente em 73,91 % (n=17) dos casos.

O uso do nome da mãe como identificador foi utilizado somente em uma pulseira (4,34%) dentre os 23 pacientes identificados por este dispositivo, o que possivelmente está associado ao fato de ser uma enfermaria de pacientes adultos, e que tal identificador é comumente utilizado para pacientes recém nascidos, crianças ou adolescentes.

Uma pesquisa destaca que dos 369 pacientes que possuíam pulseira, 364 (98,64%) estavam com dois identificadores e cinco (1,36%) com três identificadores. Quanto ao tipo de identificadores, foi levantado que, 363 (98,38%) pulseiras possuíam nome e número de registro, uma (0,27%) possuía nome e número do leito, quatro (1,08%) possuíam nome, número do registro e número do leito e, uma (0,27%) possuía nome, número do registro e equipe médica (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A observação dos identificadores utilizados nas pulseiras de identificação nos permite destacar a falta de rigor no preenchimento de dados dos dispositivos e a exposição à riscos ao que os usuários da rede de saúde são expostos. Dessa forma, a necessidade de novos treinamentos, enfatizando a padronização das pulseiras, com o uso de indicadores que avaliem os dados inseridos nos braceletes se torna evidente.

Portanto, nota-se que apesar de conter ao menos dois identificadores, o que segundo o Ministério da saúde seria suficiente, o protocolo interno não é completamente seguido uma vez que este preconiza três identificadores: nome, número de prontuário e data de nascimento.

Depois de avaliar a distribuição das formas de identificação de pacientes encontradas e os identificadores utilizados, observou-se as não conformidades encontradas, tanto em placas quanto em pulseiras.

Não possuir identificação por placa foi colocado como uma não conformidade, uma vez que o protocolo da instituição determina que deve haver essa forma de identificação instituída. As placas são confeccionadas pelos funcionários do serviço administrativo, representados pelos secretários nesta tarefa.

Entre os pacientes que não possuíam identificação por placas, 10 no total, notou-se que 04 pacientes (40%) haviam realizado procedimentos que têm período de internação curto, de aproximadamente 24 horas, como por exemplo, procedimentos hemodinâmicos e, portanto, tinham perspectiva de alta da enfermaria em breve.

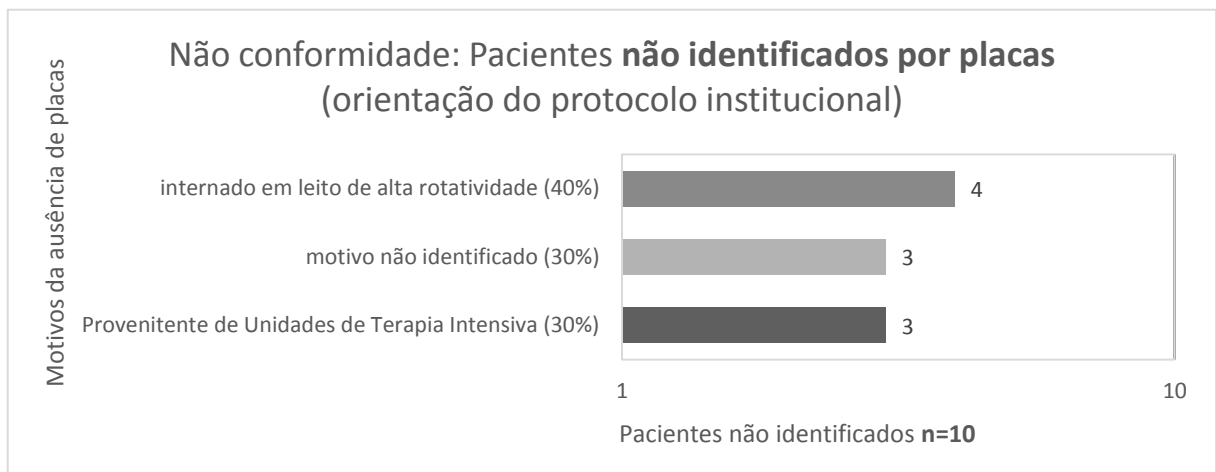
A enfermaria estudada possui 06 leitos destinados à essas internações por procedimentos com previsão de internação curto, como no caso de realização e procedimentos como estudo eletrofisiológico, trocas de unidade geradora de marcapasso, cineangiocoronariografia entre outros procedimentos.

Outros 03 (30%) pacientes dos 10 que estavam sem placas, chegaram ao setor transferidos de unidades de cuidados intensivos para a enfermaria em período de fim de semana ou feriado, quando não há serviço administrativo atuante, que é o serviço hoje responsável pela confecção das placas de identificação dos pacientes.

Os demais 03 (30%) pacientes não identificados por placas não tiveram o motivo dessa ausência elucidado pela equipe de plantão no momento da coleta dos dados (Gráfico 1).

Gráfico 1:

Não conformidade: Pacientes não identificados por placas (orientação do protocolo institucional)



Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

As placas de identificação não devem ser encorajadas como verificador da identificação do paciente. A verificação verbal, leitura e conferência dos dados na pulseira de identificação do paciente são os passos descritos no protocolo do Ministério da Saúde na busca de assistência segura (BRASIL, 2013a).

Após se avaliar as não conformidades em placas, iniciou-se a avaliação de não conformidades nas pulseiras de identificação.

Dos 23 pacientes identificados por pulseiras, 06 (26,08%) possuíam pulseira vermelha que é preconizada na instituição para identificar alergias referidas pelos pacientes.

De todos os pacientes que tiveram suas formas de identificação observadas, todos os que referiram alergia estavam identificados com a pulseira vermelha, que é utilizada como uma segunda pulseira, não isentando a necessidade do uso pulseira

branca, segundo o protocolo institucionalizado. Porém, 03 (13,04%) pacientes dos 23 com pulseiras de identificação possuíam somente a pulseira vermelha como identificador, que conforme o protocolo institucional torna-se uma não conformidade.

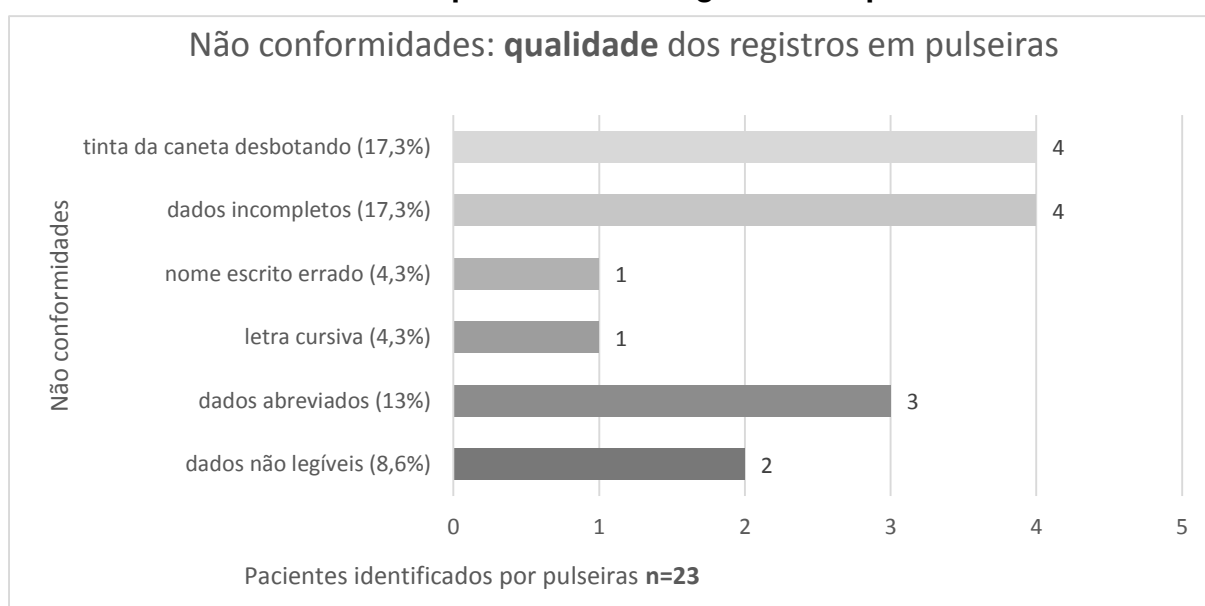
Tal fato foi justificado pela falta de pulseiras brancas na instituição, que também foi usado como justificativa para ausência de pulseiras em alguns pacientes. Portanto, estes pacientes, que relatavam alergias no período da falta da pulseira branca na casa, permaneceram somente com a pulseira vermelha como forma de assegurar o uso do dispositivo.

As não conformidades observadas nas pulseiras de identificação foram divididas em categorias: A primeira categoria se refere à qualidade dos dados inseridos, a segunda categoria diz respeito à utilização de identificadores não preconizados pelo Ministério da Saúde e também pelo protocolo institucional; e a terceira categoria avalia aqueles pacientes que não encontravam-se identificados por pulseiras de identificação.

A primeira categoria, relacionada à qualidade dos dados inseridos nas pulseiras de identificação, permite avaliar se está sendo assegurado a integridade, legibilidade e veracidade das informações (Gráfico 2).

Gráfico 2

Não conformidades: qualidade dos registros em pulseiras



Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

A qualidade dos dados inseridos nos dispositivos muitas vezes não foi adequada, o que da mesma forma irá expor os pacientes a eventos indesejáveis. Um estudo aponta que a ocorrência de alguns fatores como a troca de dígitos no número do prontuário, dados preenchidos de forma incorreta, incompleta e ilegíveis levam a os erros na identificação do paciente (TASE et al, 2013).

Dentro das 23 pulseiras de identificação observadas, 04 (17,3%) tinham a tinta da caneta utilizada para registrar os dados desbotada ou manchada, o que dificulta a visualização e leitura dos identificadores, além de poder apagar por completo um registro.

Dados inseridos de forma incompleta como ocorreu em 17,3% (n=04) da amostra, ou errado em 4,3% (n=01), e ainda abreviados em 13% (n=03) não garantem que a informação contida na pulseira corresponda à realidade. A existência de dados errados, incompletos ou abreviados utilizados para identificar pacientes é considerado fato grave, uma vez que tais dados, que deveriam conferir ao paciente individualidade, podem na verdade estar associando o mesmo a outro registro ou paciente. Situações como esta podem gerar troca de procedimentos entre pacientes, como cirurgias, exames, e mais rotineiramente administração de medicamentos errada, e levar a lesão ou dano ao paciente.

Estudo recente que avaliou conformidades do protocolo de identificação de pacientes de um hospital universitário destacou os erros associados ao dispositivo, como ilegibilidade, que foi relacionada à presença de dados apagados além de incoerências entre o nome e número de prontuário escrito na pulseira e no prontuário (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Registros em letra cursiva correspondente a 4,3% (n=01), e dados não legíveis em 8,6% (n=02) das observações de pulseiras de identificação expõe o dispositivo à dificuldade de leitura pelo profissional, uma vez que as letras não são padronizadas; o que pode acabar desencorajando o profissional a usar as pulseiras de identificação do paciente em seus cuidados na administração de medicamentos.

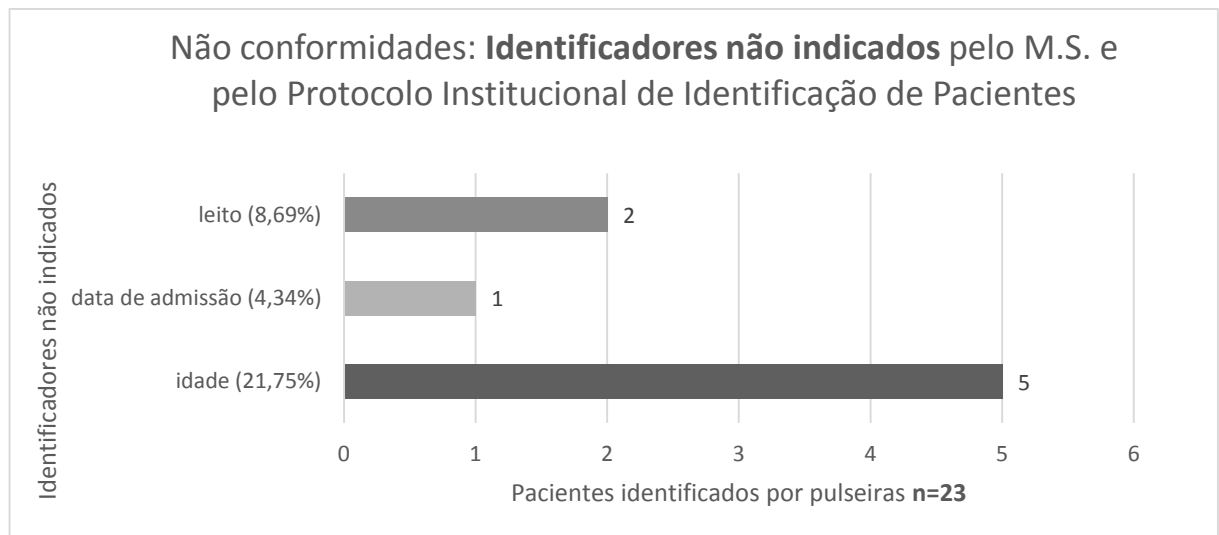
Assim, visando o controle dos dados utilizados, o uso de indicadores de qualidade surge como necessidade na busca da melhoria e controle dos registros inseridos. A avaliação periódica da qualidade desses registros ajuda a identificar falhas e facilita melhorias no processo.

O uso de indicadores, é visto como facilitador da implementação e acompanhamento da adesão de protocolos institucionais. Além da padronização de ações, a avaliação da qualidade dos serviços é ponto chave para minimizar agravos à saúde, retratados pelas morbidades ou mortes (TASE et al, 2013).

A segunda categoria, que diz respeito à utilização de identificadores não preconizados pelo Ministério da Saúde e também pelo protocolo institucional, levantou como não conformidades dentre as 23 pulseiras observadas: idade em 21,75% (n=05), o número do leito em 8,69% (n=02) e a data de admissão do paciente na instituição 4,34% (n=01) (Gráfico 3).

Gráfico 3

Não conformidades: Identificadores não indicados pelo Ministério da Saúde e pelo protocolo institucional de identificação de pacientes



Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

O uso de identificadores não recomendados pelo Ministério da saúde e também pela política interna, como número de leito, além de dados como idade e data de admissão na instituição foram observados. O uso deste tipo de identificador não irá conferir uma assistência segura ao usuário, pois tais dados não são exclusivos e podem induzir erros, por exemplo, quando se transfere o paciente de leito por uma necessidade do serviço e não se realiza a troca no dispositivo de identificação que usa o leito como identificador; ou ainda quando ocorre internação de mais de um paciente com o mesmo nome na mesma data.

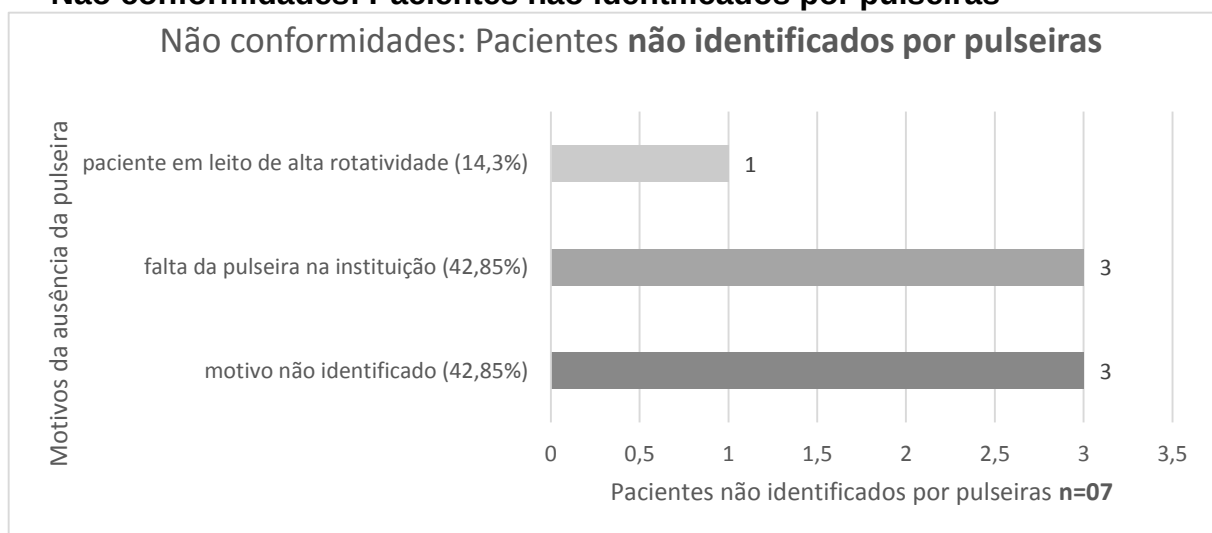
Usar a data de internação não confere ao paciente uma referência pessoal exclusiva. O uso de tais identificadores expõem os pacientes a riscos, no lugar de assegurar cuidados sem danos.

A última categoria das não conformidades em pulseiras de identificação avaliou aqueles que não encontravam-se identificados por esses dispositivos, e as justificativas relatadas pela equipe no momento da coleta de dados para a ausência dos mesmos.

Dos 30 pacientes observados neste estudo, 23,3% (n=07) dos pacientes não possuíam nenhuma pulseira de identificação. Destes 07 pacientes sem pulseiras de identificação, 42,8% (n=03) não possuíam pulseiras devido à falta do produto na casa, 42,8% (n=03) não estavam identificados por pulseiras por motivos não esclarecidos e 14,4% (n=01) não tinha a pulseira pois estava internado em um leito de alta rotatividade, onde havia realizado procedimentos que possuem tempo de internação curto e teria alta em menos de 24 horas (Gráfico 4).

Gráfico 4:

Não conformidades: Pacientes não identificados por pulseiras



Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Diferentemente do que foi levantado nos dados coletados, uma pesquisa levantou que 37,5% dos pacientes que não possuíam pulseiras de identificação e que encontravam-se internados nas unidades de internação adulto clínica e cirúrgica tiveram a ausência dos dispositivos justificadas por não adesão do paciente, e pela remoção pela equipe de enfermagem para inserção de um acesso venoso, sem reposição do dispositivo em outro braço (HOFFMEISTER; MOURA. 2015).

A ausência de pulseiras de identificação em parte da amostra, independente do motivo associado, deve ser vista com seriedade. Seu uso na administração de medicamentos é visto como importante estratégia na redução de erros relacionados a paciente errado (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

O protocolo institucional deve prever a falta do produto no almoxarifado e criar estratégias para se evitar esses eventos indesejáveis como, por exemplo, fazer um planejamento que contemple a estimativa de admissões e de necessidades de trocas de pulseiras. Esse levantamento deve representar a realidade, considerando margem de erro, para assegurar a disponibilidade do produto.

O fato de ter previsão de internação em períodos curtos, de até 24 horas não isenta os pacientes de riscos e não justifica o não uso de braceletes; todo paciente internado deve possuir dispositivos de identificação, independentemente de seu tempo de permanência na instituição.

Manutenção da pulseira de identificação de pacientes

Neste estudo foram observados 18 profissionais do total de 26 profissionais que compõem a equipe de enfermagem da enfermaria de escolha. Os dados coletados com os profissionais permitiu observar que, durante o período da coleta de dados, que se deu em um período de 60 dias alternados, abrangendo plantões diversos e nos turnos diurnos e noturnos, Dos 18 profissionais de enfermagem participantes do estudo, somente 01 (5,55%) foi observado realizando a manutenção da pulseira de identificação do paciente. Esse profissional era um enfermeiro e ele adaptou pulseiras em três pacientes que encontravam-se sem bracelete.

Um dos pacientes estava sendo internado naquele momento na enfermaria, e veio do setor de internação sem a pulseira, quando o indicado no protocolo institucional é que o paciente já seja encaminhado do setor de internação para a enfermaria com a pulseira de identificação adaptada em seu pulso.

Os outros dois pacientes já estavam internados no setor, mas estavam sem pulseira de identificação. Os dois foram internados na sexta feira, passaram o fim de semana sem braceletes e na segunda feira, que foi o dia da semana em que se coletou esses dados, o enfermeiro identificou a falha, produziu e adaptou as pulseiras de identificação nos pacientes.

Segundo o protocolo atual da instituição diariamente a equipe de enfermagem responsável pelo paciente deve verificar a integridade da pulseira e avaliar a necessidade de substituição da mesma, para então o secretário ou a enfermeira responsável confirmarem as informações do paciente no sistema utilizado no hospital e confeccionar uma nova pulseira.

A não observação de profissionais realizando a manutenção do dispositivo de identificação, como conferência de dados, observação do estado geral e troca de braceletes durante o período de coleta de dados endossa a necessidade de treinamento para que o protocolo tenha rigor e qualidade em sua edificação.

O fato de somente 5,55% dos profissionais realizarem manutenção das formas de identificação do paciente é preocupante no que diz respeito à segurança do paciente. A detecção de falhas no sistema de identificação só será possível com o comprometimento do profissional em avaliar as conformidades relativas ao uso do dispositivo, e corrigir as inadequações encontradas.

A ampliação e revisão do protocolo institucional, juntamente com ações educativas regulares e uso de indicadores são estratégias que visam melhorar a rotina do uso de identificação do paciente.

Estratégias que visem a melhoria do uso dos dispositivos de identificação devem ser elaboradas e aplicadas, começando pela confecção dos dispositivos, pelo uso dos dados corretos e de forma correta, até a adaptação no paciente e o correto uso na assistência, com a conferência das pulseiras de identificação antes dos cuidados. Sem um padrão a ser seguido, com um acompanhamento regular do processo, com treinamentos sistemáticos até a adesão completa e com indicadores verificados periodicamente torna-se difícil a redução de riscos relacionados ao uso da identificação do paciente na assistência (PABLO-COMECHÉ; BUITRAGO-VERA; MENEU, 2010).

4.2 Análise do Banco de Dados da Gerência de Risco

Foi realizada uma consulta ao banco de dados da Gerência de Risco da instituição, que coleta notificações relativas aos eventos adversos, queixas técnicas e situações de risco ocorridos na instituição e observados pelos profissionais.

A notificação é espontânea, não obriga o notificador a se identificar e conta com impresso próprio disponível em todos os setores da instituição. O impresso, após preenchido, deve ser depositado em uma caixa, em formato de urna, também

disponível em todos os setores, e que regularmente é conferida por um profissional da gerência de risco.

A consulta a esse banco de dados teve o objetivo de identificar e avaliar as notificações de eventos adversos geradas pelos profissionais e que tivessem relação com a identificação do paciente.

A coleta de dados junto à gerência de risco se deu de forma a contemplar o período onde os registros foram realizados de forma regular e completa no banco de dados do serviço. Portanto, o período onde não houve perda de dados e ainda, onde todos os dados foram tabulados em planilhas do programa Excel® padronizadas no serviço, tem início em janeiro de 2014 e término em julho de 2015, quando as notificações de evento adverso, queixa técnica e situação de risco passaram a ser encaminhadas para o Núcleo de Segurança, e portanto passaram a integrar um novo banco de dados.

Para esta coleta foi realizada uma consulta às planilhas do serviço, onde se deu a busca de notificações que correspondessem à eventos que se relacionassem à identificação do paciente. Quando identificado alguma notificação relacionada, foi realizado o registro do número que correspondia à notificação, e posteriormente esse número foi utilizado para localizar a ficha de notificação nos arquivos do serviço para consulta.

Foram identificadas na planilha, localizadas no arquivo, avaliadas e categorizadas 18 fichas de notificação que abordavam o tema no período de um ano e seis meses. Dessas 18 fichas, 02 apresentavam mais de um motivo para realização da notificação, portanto ao todo foram encontrados 20 notificações de eventos adversos e/ou incidentes associados ao uso de dispositivos de identificação do paciente, distribuídas em 10 categorias distintas (Tabela 4).

Tabela 4**Dados coletados no banco de dados da Gerência de Risco da instituição.**

Motivos das Notificações	n	n%
Pulseiras retiradas no centro cirúrgico	01	5 %
Transferência de paciente do centro cirúrgico para Unidade de Terapia Intensiva sem pulseira	01	5%
Pulseira com letra cursiva	01	5%
Paciente sem pulseira de identificação	04	20%
Pulseira com dado abreviado	03	15%
Pulseira com dado desbotado	03	15%
Pulseira com nome ou identificador incompleto	04	20%
Pulseira com nome escrito errado	01	5%
Pulseira de outra instituição	01	5%
Paciente sem placa de identificação	01	5%
Total	20	100%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Foi possível observar que a maioria das notificações são relacionadas ao dispositivo pulseira de identificação (95%), e a presença de pacientes internados sem a pulseira de identificação, e com pulseiras que apresentavam o nome do paciente ou algum outro identificador registrado de forma incompleta foram os principais motivos das notificações.

Notificações relacionadas às placas de identificação foram observadas somente em 5% da amostra, o que pode refletir o fato de o profissional utilizar pouco, ou ainda não reconhecer e não utilizar a placa como um dispositivo de identificação, o que acaba levando a um baixo número de notificações.

Na busca por segurança e qualidade assistencial, as instituições vêm verificando a melhor maneira de gerenciar, diminuir e controlar a ocorrência de eventos adversos, e nota-se que as notificações desses eventos podem gerar indicadores de qualidade, propiciando ao gestor a capacidade de traçar medidas de controle e ações de educação continuada, a fim de minimizar a ocorrência dessas falhas (BEZERRA, et al. 2009).

A notificação de situações de risco muitas vezes não é realizada, apesar de a instituição já possuir um sistema de notificações implantado e ativo. Para sua

efetivação, uma mobilização integrada, que envolva a gestão hospitalar e os demais trabalhadores são vistos como ponto chave para o sucesso dessa política de segurança (SILVA-BATALHA, MELLEIRO, 2015).

Muitos erros relativos ao processo de identificação do paciente foram observados e registrados neste estudo, portanto há motivos reais para notificações, porém quando se confronta os dados coletados com a base de dados da gerencia de risco, evidencia-se uma subnotificação por parte dos profissionais relacionados ao processo de identificação correta do paciente.

Este dado pode estar relacionado ao fato de haverem falhas na implantação do processo de identificação, o que compromete a adesão por parte dos profissionais envolvidos.

A cultura de notificação entre os profissionais assistenciais parece ainda não ser forte, em muitos momentos o profissional vivencia situações de risco, consegue identifica-las, mas não as notifica. Vale ressaltar que através das notificações de eventos adversos e situações de risco, os setores ligados à gestão hospitalar têm a oportunidade de tomar ciência da realidade dos cuidados, podem identificar as falhas e trabalhar para corrigir e aprimorar os pontos levantados como causadores ou favorecedores das situações de risco ao paciente.

Quando um erro ou uma falha ocorrem, o ponto mais importante não é saber quem cometeu o erro, mas sim como e porque o sistema de defesa falhou. Esta tarefa de compreensão do sistema para identificar as falhas e melhorar os processos é melhor sucedida com as notificações regulares dos eventos vivenciados (OLIVEIRA; MELO, 2011).

É importante destacar que das 18 notificações encontradas, 16 se deram no período de coleta de dados desta pesquisa, quando a temática segurança do paciente relacionada à identificação do paciente se destacava com a presença do pesquisador no campo de coleta de dados, e ainda o compromisso ético do pesquisador com as situações observadas durante a coleta de dados o levaram à correção de problemas identificados e à notificação junto ao setor responsável.

Portanto, a subnotificação seria ainda mais evidente se parte das notificações não tivessem sido realizadas pelo pesquisador, o que mais uma vez mostra que o tema não é visto com seriedade pela maioria dos profissionais, que as falhas no processo implantado são evidentes e ainda uma provável falta de adesão dos

profissionais ao sistema de notificação também corrobora para o resultado encontrado.

Independente da possibilidade de uma subnotificação por parte dos profissionais, diante dos dados levantados, é possível concluir que falhas relacionadas ao processo de identificação do paciente acontecem, e este fato expõe os usuários da rede de saúde a riscos.

Dessa forma, novas ações educativas relacionadas ao uso da identificação do paciente devem ser pensadas e implementadas, como medida preventiva e com a intenção de tornar os processos de trabalho cada vez mais simples e reorganizados, com a atuação da educação permanente, a reestruturação do ambiente de trabalho (MARTINS; DA COSTA, 2014).

4.3 Avaliação do Questionário Aplicado aos Profissionais

Um questionário foi aplicado aos profissionais participantes da pesquisa. Esse questionário foi composto de uma única pergunta: *“Quais os tipos de ocorrências que você já vivenciou durante a prática profissional relativos à identificação do paciente no processo de medicação?”*.

A intenção de realizar essa pergunta foi a de verificar, se os profissionais conseguiam identificar em sua prática diária ocorrências relativas à identificação do paciente no processo de medicação, como eventos adversos, incidentes e situações de risco, independente de possuírem a cultura de notificar tais eventos.

A pergunta buscou abordar a vivência profissional de cada participante de forma geral, e não restrita às experiências no setor e instituição da realização da coleta de dados.

A amostra desta etapa contou com 18 profissionais que responderam o questionário, e suas respostas envolveram diversos exemplos de erros referentes à administração de medicamentos.

Os discursos dos participantes foram separados em categorias que estão descritas abaixo. As categorias foram elaboradas com base em uma classificação de tipos de erros de medicação, elaborada na Espanha, com atualização em 2008, e que permite o agrupamento dos relatos associando os mesmos à tipos de erros já descritos anteriormente (LÓPEZA et al, 2008).

Algumas vezes essas categorias se subdividem em subcategorias, de acordo com a classificação referenciada, o que permite relacionar com maior especificidade o caso relatado com o tipo de evento.

CATEGORIA 1: MEDICAMENTO ERRADO.

- **Administração de um medicamento diferente do prescrito.**
- **Paciente errado.**

P01: “Já ocorreu de haver internado, no setor, pacientes com o mesmo nome; e na hora de administrar as medicações, verificar que no rótulo não havia sobrenome ou o prontuário para identificar corretamente os pacientes”.

P09: “Troca de medicação em pacientes com o mesmo nome em leitos próximos”.

P10: “Por não checar a identificação da bolsa de concentrado de hemácias, quase que foi infundido em outro paciente”.

P11: “De todas as situações complicadas que passei nesse sentido, a mais preocupante foi a de ter de administrar medicações numa enfermaria com 14 pacientes, onde aproximadamente 8 tinham nome e sobrenome iguais. Num plantão de 12 horas, com vários Antonios da Silva e Antonias, eu por duas vezes entrei no quarto errado. Numa dessas vezes cheguei a entregar o comprimido pra o Antonio errado”.

P12: “Paciente M^a da Gloria foi medicada errada no antibiótico que ela vinha tomando, o profissional administrou errado a quantidade e o leito também. Foi falta de conferência de rótulo”.

P15: “Medicação administrada (para pacientes como o mesmo primeiro nome), erradamente: Troca de pacientes”.

P16: “Troca de medicação devido ter dois pacientes com mesmo nome”.

P17: “Pacientes com o mesmo nome ocorrendo troca de medicação”.

P17: “No CTI, um paciente recebendo soluções de heparina, enquanto que o paciente do leito ao lado, estava sem a solução, apesar de prescrita”.

- **História prévia de alergia ou reação adversa similar.**

P04: “Durante o período de plantão, identifiquei uma paciente que estava sem pulseira de identificação e a mesma também estava sem a pulseira que a identifica como paciente alérgica a sulfa e penicilina, porém havia o antibiótico prescrito para a citada, sendo comunicado ao médico de plantão que o suspendeu”.

P07: “Na prescrição médica havia o, digo, prescrito novalgina 1 cp SOS, porém ao abordar o paciente, observei a identificação vermelha (pulseira) e perguntei qual o tipo de alergia a medicação, esta paciente possuía a mesma informou novalgina, evitando desta forma a utilização do medicamento”.

Os eventos relatados pelos profissionais poderiam ser evitados se a rotina de verificação da identificação do paciente fosse praticada criteriosamente a cada administração de medicamentos. O uso de pulseiras de identificação como barreira, evitando erros associados ao não uso dessa prática já é consolidado mundialmente e indicado pelo Ministério da Saúde.

Um estudo realizado no Brasil e que buscou levantar os eventos adversos associados à erros de medicação, entre outros eventos, com enfoque no preparo e administração de medicamentos, levantou que os eventos adversos associados à erro de medicação correspondiam a 14,8%. A administração de medicamento errado e horário errado de administração foram os erros predominantes (NASCIMENTO, et al. 2008).

O protocolo de identificação do paciente divulgado pelo Ministério da Saúde destaca que pulseiras coloridas de alerta não devem ser usadas como identificadoras do paciente (BRASIL, 2013a). Portanto devem somente sinalizar riscos ao paciente como alergias, risco para queda entre outros. Cada instituição deve elaborar e eleger a forma de se estratificar esses riscos em seus protocolos institucionais, mas o uso da pulseira colorida não deve substituir o uso da pulseira padronizada para identificação do paciente.

CATEGORIA 2: OMISSÃO DE DOSE OU DO MEDICAMENTO.

- **Omissão na administração.**

P17: “Medicação checada na prescrição, porém não instalada no paciente (dripping)”.

A rotina de registro da administração de medicamentos ainda no leito do paciente deve ser eleita pois permite que o profissional confira imediatamente antes

de administrar o medicamento a prescrição médica, conferindo também os dados de identificação do paciente da pulseira de identificação com os dados de identificação da prescrição médica, o que evita erros e permite o registro de administração do medicamento imediatamente, evitando também a não instalação de soluções, como relatado acima.

CATEGORIA 3: DOSE ERRADA.

- **Dose menor.**

P18: “Durante a administração de medicação via oral ao entregar o medicamento o paciente questionou a respeito da dosagem, que eram 02 comprimidos ao invés de 01 comprimido, conforme foi entregue. No momento da administração não houve a conferência da prescrição com a medicação”.

Mais uma vez a conferência da prescrição e identificação realizadas imediatamente antes da administração dos medicamentos se destaca como estratégia na redução de eventos adversos.

“Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração” (BRASIL, 2013b).

CATEGORIA 4: VIA DE ADMINISTRAÇÃO ERRADA.

P03: “Já ocorreu que uma medicação foi administrada por via oral, sendo que seria por via venosa”.

- **Via de administração errada e forma farmacêutica errada.**

P17: “Prescrição de cipro solução EV – médico acadêmico prescreveu VO e confirmou prescrição. Auxiliar fez a medicação, orientando a paciente a tomar de canudo”.

As prescrições médicas, por serem uma das primeiras etapas de administração de medicamentos, podem ter seus erros detectados pelos demais profissionais que constituem o processo de medicação como farmacêuticos e profissionais de enfermagem, e portanto serem corrigidas a tempo de se evitar eventos adversos.

Nos hospitais, os erros de medicação são comuns em cada passo do processo, como prescrição, dispensação, administração e monitoramento, mas eles ocorrem mais frequentemente durante a prescrição e a administração (ASPDEN et al., 2007).

Se o erro não for identificado precocemente, irá se refletir na administração dos medicamentos. Por isso o profissional de enfermagem é visto como elo fundamental de todo o processo de medicação, pois estando na etapa final, ele tem a possibilidade de detectar falhas das etapas anteriores e impedir o prosseguimento da conduta errada, sendo visto como a última possibilidade de interceptar as falhas.

CATEGORIA 5: OUTROS TIPOS - PRESCRIÇÃO ILEGÍVEL.

P03: “Já presenciei uma medicação ser administrada errada pelo o profissional não entendeu a letra da médica”.

Erros identificados durante o processo de medicação em geral foram relatados pelos profissionais algumas vezes, com destaque para a etapa da prescrição dos medicamentos. Cada etapa do processo de medicamentos é caracterizada por vários e sérios problemas relacionados à segurança do paciente, e por isso devem ser avaliados com seriedade (ASPDEN et al., 2007).

CATEGORIA 6: OUTROS TIPOS - IDENTIFICAÇÃO INCORRETA DO FÁRMACO.

P16: “Medicação identificada com nome errado”.

P17: “Medicação com rótulo indicando uma substância, porém a coloração da mesma não condizia com a informada”.

Outra etapa do processo de medicação é indicada como fator associado à risco para o paciente, a identificação do medicamento. A prevenção como estratégia para se evitar eventos adversos relacionados a medicamentos leva à necessidade de se avaliar as causas e os fatores humanos e estruturais envolvidos no processo para se permitir a implementação de barreiras, diminuindo assim os riscos para os pacientes. (ANVISA, 2013a).

A produção de etiquetas de identificação dos medicamentos pela equipe de enfermagem deve ser desencorajada. A mudança do sistema de distribuição de

medicamentos para o sistema de dose unitária, é vista como estratégia para se reduzir erros de medicação.

CATEGORIA 7: OUTROS TIPOS - ERRO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (INADEQUADA OU AUSENTE).

P04: “Durante o período de plantão, identifiquei uma paciente que estava sem pulseira de identificação e a mesma também estava sem a pulseira que a identifica como paciente alérgica a sulfa e penicilina, porém havia o antibiótico prescrito para a citada, sendo comunicado ao médico de plantão que o suspendeu”.

P05: “Por falta de identificação do paciente tem que voltar para conferir a medicação”.

P07: “Na vivência do centro cirúrgico, paciente inconsciente, sala vermelha, quando admitidos na unidade, possuíam somente um identificador como “homem negro” ou “homem branco” dificultando a identificação dos pacientes da mesma cor”.

P07: “Na emergência de “porta aberta”, a falta de identificação do paciente na porta de entrada, dificulta toda a logística na prestação de cuidados imediatos”.

P08: “Muitas foram as vezes em que recebemos pacientes em nosso plantão de serviço noturno provenientes da hemodinâmica sem a pulseira de identificação fixada em seu pulso, ou simplesmente a mesma é enviada junto com o prontuário e fixada posteriormente por nossa equipe”.

P15: “Paciente portador de alergia, mas sem a identificação através da pulseira vermelha”.

P16: “Pulseira de identificação com nome errado”.

Poucos foram os participantes que citaram o uso de dispositivos como pulseiras de identificação do paciente em seus relatos, e associaram seu uso à redução de riscos. Tal fato pode estar associado ao seu uso ainda não efetivo na prática diária.

A presença das pulseiras de identificação do paciente aliada ao correto uso poderia evitar a grande maioria dos casos expostos pelos profissionais. Mais uma vez é possível notar que a cultura do uso efetivo da pulseira de identificação não vem sendo bem aplicada na rotina diária de cuidados.

O protocolo de identificação do paciente da instituição deve prever todos os tipos de situações relatadas acima, e portanto com o devido treinamento tais eventos seriam evitados.

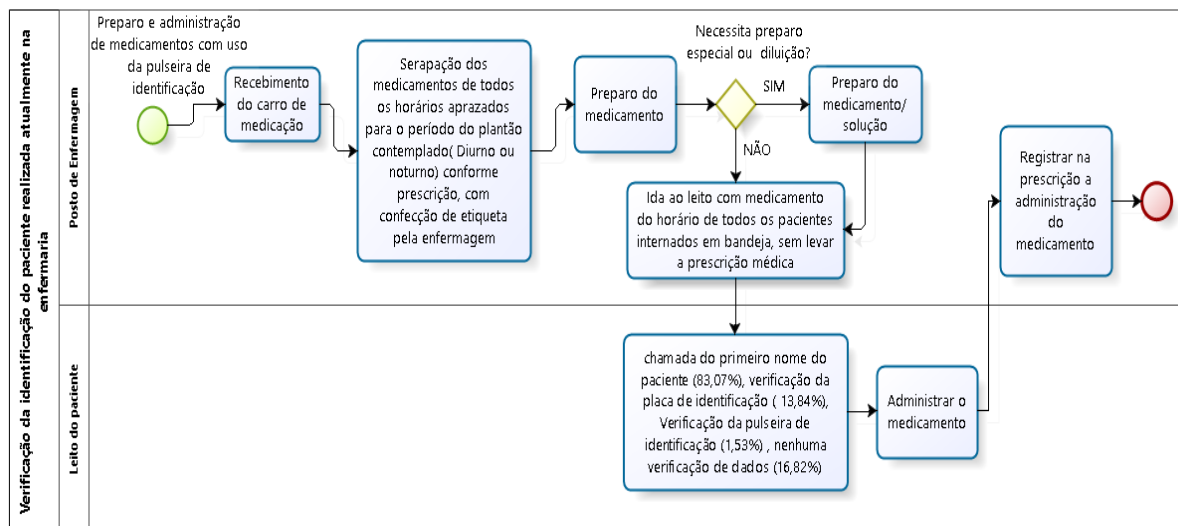
A valorização de políticas de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo, é uma prática que permite o aprimoramento de todo o processo (BRASIL, 2013b).

4.4 Mapeamento das Etapas de Preparo e Administração de Medicamentos, e Apontamento de Como a Identificação do Paciente é Utilizada na Administração de Medicamentos.

Após verificar as formas de identificação do paciente utilizadas na instituição, as etapas de preparo e administração de medicamentos utilizadas foram mapeadas, de forma simples, para a compreensão do passo a passo destas etapas do processo de medicação, e visualização do momento da utilização da identificação do paciente nestas tarefas (figura 1).

Figura 1:

Fluxograma baseado no mapeamento da administração de medicamentos e verificação da identificação do paciente, observado atualmente no cenário estudado.



A intenção desta etapa de observação foi entender de que forma o profissional de enfermagem, designado a preparar e administrar medicamentos, realizava o preparo dos mesmos, com o foco na maneira como ele sinalizava a identificação do paciente a receber o fármaco no medicamento a ser administrado, além de observar de que forma o mesmo conferia esses dados na administração de medicamentos.

Portanto, a etapa não foi detalhada no sentido de observar todas as condições em que se deve preparar corretamente medicamentos, e sim como identifica-los antes de administra-los.

O cuidado prestado ao paciente é complexo, e por isso os profissionais devem dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas, além de conhecer as normas e rotinas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados (FASSINI; HAHN, 2012).

Preparo de medicamentos no cenário observado

O sistema de medicação é constituído de etapas que vão desde a prescrição e distribuição até a ação de administrar o medicamento. A preparação e a administração dos medicamentos, bem como o monitoramento das reações do paciente são responsabilidades da equipe de enfermagem.

No cenário da pesquisa, a farmácia utiliza o sistema individualizado de distribuição de medicamentos, portanto os mesmos chegam ao posto de enfermagem, proveniente do setor de farmácia, às 14 horas em um carrinho de transporte com escaninhos identificados pelo leito do paciente. Os medicamentos vêm embalados de forma individual e possuem etiqueta que possui o nome do medicamento, dosagem, lote, validade e código de barras.

A instituição possui um bom sistema de distribuição de medicamentos, o sistema individualizado, onde a solicitação de medicamentos é feita por paciente para o período de 24 horas, e os medicamentos são dispensados em suas embalagens originais, ou podem ser fracionados, o que ocorre com as formas farmacêuticas de sólidos orais no cenário estudado, porém o mesmo não ocorre com as soluções endovenosas prescritas, por exemplo (BRASIL, 2013b).

Uma outra forma de distribuição de medicamentos, o sistema de dose unitária, deve ser visto como estratégia na busca de redução de riscos, pois possui várias vantagens em relação aos outros sistemas de distribuição por diminuir a incidência de

erros, gerar economia de custos, aumentar a segurança dos profissionais na garantia da utilização do medicamento certo, na dose certa e hora certa, segundo a prescrição médica (CASSIANI, 2005).

Neste sistema o medicamento é preparado em dose e concentração determinadas na prescrição médica, sendo administrada ao paciente diretamente de sua embalagem unitária. As soluções endovenosas também já chegam ao setor envasadas e identificadas de forma a permitir administrar o medicamento diretamente ao paciente (BRASIL, 2013b).

Com a adesão a um sistema como o de dose unitária, torna-se mais fácil a extinção da etapa de confecção de etiquetas e identificação dos medicamentos pela equipe de enfermagem. Dessa forma seria somente realizada a conferência da prescrição com os medicamentos recebidos, e posterior administração do fármaco ao paciente.

No cenário estudado, uma vez que chegam ao setor os medicamentos que contemplam a prescrição do dia, que possui validade de 24 horas, o profissional se prepara para separar os medicamentos segregando-os por horário a ser administrado.

São identificados os medicamentos aprazados até o fim do turno do profissional. Desta forma, esta etapa se repete no início de cada jornada, diurna e noturna, sendo que o plantão noturno realiza a etapa somente uma vez, já que em seu período todos os medicamentos já se encontram no setor. Já o turno do dia realiza tal etapa duas vezes, pois a validade das prescrições vai até as 13:59 horas, ou seja, no início do turno só há medicamentos disponíveis para serem administrados até este horário. Logo em seguida, às 14 horas, chega a nova remessa de medicamentos da farmácia, o que leva o profissional a ter que realizar o processo novamente.

Dos 18 profissionais participantes do estudo, 13 (72,22%) foram observados preparando e administrando medicamentos, e todos eles eram técnicos/auxiliares de enfermagem. Os 05 participantes (27,77%) que não realizaram tal tarefa eram enfermeiros.

A bancada do posto de enfermagem, foi o local utilizado por todos os 13 profissionais observados preparando medicamentos (100%). Esta bancada, que não é exclusivamente destinada a esta tarefa, possui tampo de vidro e ocupa uma das paredes do ambiente, onde também são acomodados uma televisão e as pastas destinadas a armazenar prescrições e outros impressos dos pacientes.

O local do preparo de medicamentos não é unicamente destinado a essa tarefa, porém 100% dos profissionais observados realizaram o preparo dos medicamentos neste local por não haver no setor local próprio e destinado a essa função, que deveria ser exclusivo, silencioso e com temperatura adequada. “A preparação de medicamentos em locais inapropriados, como postos de enfermagem, sem o conhecimento necessário das técnicas utilizadas, podem levar a erros que, na maioria das vezes, não são documentados.” (OLIVEIRA; MELO, 2011).

Um estudo realizado em 2008 levantou alguns fatores que contribuíram para a ocorrência dos erros relacionados ao preparo e administração das medicações, e a presença de ambiente desfavorável e tumulto, juntamente com a falta de recursos físicos corresponderam a 8% dos motivos que levam a erros, e destaca a importância de se disponibilizar o ambiente adequado para a realização do preparo dos medicamentos a serem administrados (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2008).

A forma de identificar os fármacos escolhida em sua maioria foi a etiqueta adesiva (92,30%) produzida pelo próprio profissional, e feita de fita crepe com registro realizado em caneta esferográfica comum. Somente em 7,7% dos casos foi utilizado como forma de identificar os fármacos a caneta com tinta permanente diretamente no plástico invólucro que já vem da farmácia envolvendo os medicamentos (Tabela 5).

Tabela 5

Formas de identificação dos medicamentos encontradas no preparo dos mesmos.

Formas de identificação dos medicamentos	n	n%
Etiqueta adesiva	12	92,3%
Caneta permanente	01	7,7%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Essas etiquetas ou anotações em canetas eram coladas ou inseridas em cada medicamento, ou seja, em cada comprimido, seringa, ou frasco – ampola, e não por grupos de medicamentos a serem administrados em cada horário a determinado paciente.

A ausência de rótulo individualizado já proveniente da farmácia é um fator que torna o sistema de distribuição de medicamentos adotado frágil. A equipe de

enfermagem acaba por confeccionar tais rótulos, mesmo não havendo indicação da confecção dos mesmos.

A confecção dos rótulos com fita adesiva do tipo fita crepe, conforme revelado em 92,30% dos acompanhamentos observacionais não é o ideal, pois é registrado à mão, sem um padrão exato a ser seguido e em ambiente inapropriado. A adoção do sistema unitário reduziria riscos associados à produção de rótulos de medicamentos pela equipe de enfermagem.

Fatores como problemas de rotulagem e embalagem dos medicamentos, colaboram expressivamente para a ocorrência dos erros, e, se não detectados pelos profissionais de saúde, podem lesar o paciente gravemente (DOS REIS; DA COSTA, 2012).

O uso de caneta permanente para registro de dados do paciente no invólucro de plástico dos medicamentos foi observado somente em um caso, porém vale ressaltar que esta forma de identificar medicamentos não é considerada segura, pois, à manipulação, o registro pode ser danificado, e tal fato levar a algum evento adverso.

Quanto aos dados inseridos nas etiquetas que identificam os medicamentos, podemos observar que o nome do paciente, número do leito e hora de administração foram utilizados por todos os participantes observados. Vale ressaltar que somente era utilizado o primeiro nome do paciente, sem sobrenomes (tabela 6).

Tabela 6

Dados utilizados como identificadores nas etiquetas de identificação produzidas para medicamentos.

Dados utilizados na identificação dos medicamentos	n	n%
Primeiro nome do paciente	13	100%
Número do leito	13	100%
Hora de administração	13	100%
Nome do medicamento	04	30,76%
Dose	02	15,38%
Quantidade a ser administrada	02	15,38%
Via de administração	01	7,69%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Em relação à qualidade dos dados inseridos nas etiquetas, podemos observar que o fato de não se utilizar o nome completo do paciente, expõe o mesmo a eventos adversos relacionados à administração de medicamentos. O número de leito não deve ser usado como identificador, somente como localizador (BRASIL, 2013 a).

O registro do nome do medicamento em algumas etiquetas produzidas pelos profissionais foi observado em 30,76% da amostra. A pouca utilização deste dado talvez se dê devido ao fato de o medicamento vir com uma etiqueta da farmácia com o nome, miligrama e um código de barras, de onde o profissional possivelmente possa entender não se fazer necessária a repetição do dado.

A dose do medicamento foi observada somente em 15,38% das etiquetas, e a quantidade a ser administrada foi encontrada com o mesmo percentual. A via de administração foi observada somente em uma etiqueta o que representa 7,69% da amostra.

Preparar e administrar medicamentos são atividades que exigem qualidade técnica, atenção e comprometimento por parte do profissional responsável por tal tarefa. A administração de medicamentos corresponde a última oportunidade de prevenir um erro na medicação, que pode até mesmo ter surgido no início do processo de medicação, como na prescrição ou na dispensação dos medicamentos (SILVA; CASSIANI, 2004).

Administração de medicamentos no cenário observado

Na administração de medicamentos, cada profissional que realizou essa tarefa foi acompanhado em 05 momentos diferentes, o que gerou o total de 65 observações. O primeiro dado observado foi na chegada ao quarto que acomoda o leito do paciente, onde próximo à porta está fixada a placa de identificação do paciente instituída pelo hospital. Notou-se que em somente 09 (13,84%) dos momentos acompanhados, as placas foram verificadas pelo profissional como forma de conferir dados de identificação (tabela 7).

Tabela 7

Tipos de verificação da identificação do paciente observados durante a administração de medicamentos.

Verificação da identificação do paciente	n	n%
Verificação da placa de identificação	9	13,84%
Chamada do primeiro nome do paciente	54	83,07%
Verificação da pulseira de identificação do paciente	1	1,53%
Nenhuma verificação de dados	11	16,92%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Durante a administração de medicamentos, foi possível notar de que forma os dados usados nas etiquetas e a identificação do paciente são conferidos.

Num primeiro momento, na chegada do profissional ao leito, observou-se o mesmo chamar o paciente pelo primeiro nome em 83,07% dos casos, porém não foi observado em nenhum dos acompanhamentos realizados a solicitação ao paciente para verbalizar seu nome completo (Tabela 7).

O chamado somente pelo primeiro nome do paciente, ou ainda pelo nome incompleto não irá assegurar que o paciente certo está recebendo o medicamento prescrito corretamente. Essa forma de verificação de identificação do paciente deve ser desencorajada, uma vez que expõe o mesmo a riscos relativos à sua segurança.

Um estudo sobre erros de medicação em situações relatadas por enfermeiros destacou falha no cumprimento de políticas e procedimentos como um dos fatores frequentemente associados a erros de medicação. Dentro dessa categoria, falhas na identificação do paciente, como ausência de pulseira de identificação no paciente, leitos sem identificação, e o fato de profissionais não perguntarem o nome do paciente, administrando o medicamento somente pelo número do leito foram relatados (CARVALHO; CASSIANI. 2000).

Somente uma vez, o que corresponde a 1,53% das observações, a pulseira de identificação do paciente foi utilizada como forma de conferir dados e checar se ao paciente certo será realizado o cuidado proposto, que no caso se refere à administração de medicamentos.

Este fato é grave, e expõe a realidade do sistema de identificação do paciente hoje implantado: as pulseiras, apesar de existirem fisicamente e serem adaptadas aos pacientes, ainda que com falhas nos identificadores e com qualidade e ser melhorada, não são usadas em uma das etapas de cuidados realizados pela equipe de enfermagem mais importantes em setores de internação: durante a administração de medicamentos.

Um estudo realizado em 2012 em Minas Gerais que identificou e analisou erros na administração de medicamentos destacou a não conferência do nome do paciente em 48 casos (63,16%). Uma abordagem educativa junto a equipe de enfermagem foi colocada como facilitadora da disseminação do conhecimento, e como estratégia para prevenção de erros na administração de medicamentos (TELLES FILHO; PEREIRA JÚNIOR; VELOSO, 2014).

A ideia da necessidade de novas estratégias para que o uso efetivo das pulseiras de identificação torne-se realidade é aqui endossado pelo dado coletado. Tais estratégias devem relacionar a reformulação do protocolo de identificação correta do paciente, através do uso de fluxogramas que podem facilitar a adesão por parte dos profissionais, com indicadores de qualidade que confirmem o correto uso do dispositivo após treinamentos.

Dos 65 acompanhamentos de administração de medicamentos, em 11 deles não foi observado nenhum tipo de verificação dos dados do paciente, seja verbalmente ou por leitura de placas ou pulseiras. O reconhecimento de face não deve ser considerada uma forma de se identificar pacientes, pois não representa segurança nem confiabilidade.

Este dado é preocupante e merece destaque, pois o fato de profissionais realizarem a administração de medicamentos sem ao menos checar algum tipo de identificação do paciente revela uma grande fragilidade do processo hoje implantado, fato inaceitável e indicativo de intervenção breve.

Um estudo destaca que na prática, a identificação do paciente é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a atenção devida, o que pode interferir nas demais etapas, que são primordiais à garantia da qualidade e segurança do serviço prestado (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Houve pouco questionamento por parte dos pacientes quanto à administração dos medicamentos, somente 08 casos. E diante disso, foi observado 10 momentos de checagem de dados: verificação da etiqueta feita pelo profissional para verificar os dados (50%), verificação da prescrição médica (30%) e verificação do rótulo que vem da farmácia no medicamento (20%). Em dois casos foram verificados a etiqueta e a prescrição médica ao mesmo tempo, por isso 10 observações em 08 queixas (Tabela 8).

Tabela 8

Formas de verificação de dados diante de questionamentos de pacientes.

Formas de verificação de dados diante de questionamentos	n	n%
Verificação na etiqueta	05	50%
Verificação na prescrição médica	03	30%
Verificação no rótulo da farmácia	02	20%

Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

O fato de a dosagem prescrita do medicamento ser pouco utilizada na etiqueta (15,38%) é um fator que contribui para a exposição do paciente a riscos. Por ainda não possuir o sistema de dose unitária, por vezes o medicamento é entregue pelo serviço de farmácia na dosagem disponível no estoque, e a conferência do número de comprimidos a ser administrada, por exemplo, fica prejudicada uma vez que notou-se o uso de conferência direto na etiqueta (50%) quando há questionamentos, e não diretamente da prescrição como deveria ocorrer, que foi observado somente em 30% dos casos.

Ainda sobre a forma de se checar os dados quando questionados, o pouco uso de dupla conferência, somente em 20% dos casos, utilizando-se prescrição e rótulo, leva a crer que uma nova rotina com participação efetiva da educação permanente realizando treinamentos na busca da simplificação e padronização dos processos desenvolvidos levaria a uma melhora do panorama atual na busca da segurança do paciente. A adoção de práticas educativas voltadas para profissionais envolvidos no sistema de medicação é destacada como estratégia para minimizar a oportunidade de falhas no sistema de medicação (OLIVEIRA; MELO, 2011).

Checagem dos medicamentos administrados no cenário observado

Em todas as observações, 65 no total, as checagens dos medicamentos foram realizadas no posto de enfermagem após a administração de medicamentos realizada

nos leitos dos pacientes. A checagem, é a forma de registro realizada pela equipe de enfermagem no impresso da prescrição médica através do registro à caneta de um símbolo de checagem em cima do horário aprazado.

Um estudo que analisou Itens referentes à técnica da administração de medicamentos, levantou que a checagem do medicamento imediatamente após administração foi realizada somente em 42,10% dos casos avaliados, e destacou que tal fato é preocupante já que é um facilitador para a ocorrência de erros de medicação, podendo repercutir em sérias consequências para o paciente (TELLES FILHO; PEREIRA JÚNIOR; VELOSO, 2014).

É importante ressaltar que a checagem dos medicamentos administrados ao paciente deve ocorrer o mais precoce possível, preferencialmente ainda no leito do paciente para se evitar risco de administração de dose dobrada por exemplo, além de assegurar que a atividade foi realizada, possibilitando a toda equipe envolvida no cuidado àquele paciente o acompanhamento da terapêutica medicamentosa.

5. INTERVENÇÃO/PRODUTO

5.1 Construção de Um Fluxograma de Segurança Para Direcionar as Etapas de Utilização da Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos.

O fluxograma é o produto apresentado por este estudo. Trata-se da representação gráfica do processo do uso da identificação do paciente em uma etapa específica da assistência de enfermagem, a administração de medicamentos.

Ele foi criado na intenção de facilitar a visualização por parte dos profissionais das etapas de checagem da identificação do paciente antes da administração de medicamentos.

O programa utilizado para a criação deste produto foi o bizagi modeler®. O fluxograma é comumente utilizado para pontuar rotinas, que pode ser conceituada como: “descrição minuciosa da execução de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto.” (PIMENTA et al., 2015, p.11).

Apesar de o uso de pulseiras de identificação do paciente ser uma rotina já estabelecida e com protocolo instituído, com destaque em políticas públicas do Ministério da saúde como importante barreira de segurança para o paciente, de acordo com os dados coletados neste estudo, foi possível observar que muitas vezes o profissional não utiliza a pulseira de identificação do paciente durante a administração de medicamentos. É possível notar ainda, que alguns profissionais não compreendem a importância do uso do dispositivo.

Um estudo realizado em 2013 no Brasil concluiu que a revisão dos processos que envolvem a identificação do paciente e implantação de um novo protocolo, com base em novas estratégias educativas, demonstrou uma melhora gradativa na adesão por parte dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente antes da realização de cuidados (HEMESATH, et al. 2016).

“A ideia fundamental na elaboração de mecanismos de defesa é a projeção de barreiras.” (OLIVEIRA; MELO, 2011. p.481) . Em situações de risco vivenciadas, se o mecanismo de defesa é bem estruturado e aplicado, a camada defensiva permaneceria intacta diante das falhas, o que impede o rompimento da barreira utilizada. Porém, se houverem rupturas na camada defensiva o trajeto dos erros/falhas continua e pode passar pela camada dos mecanismos de defesa (OLIVEIRA; MELO, 2011).

A adoção de barreiras de segurança com a discussão sobre a implantação e o aperfeiçoamento do protocolo de identificação do paciente é uma oportunidade para que esse processo torne-se mais edificado na busca por uma assistência de qualidade (LIMA; MATOS; RODRIGUES, 2015).

Assim, a proposta do fluxograma busca uma visualização clara, objetiva e simplificada do momento correto de utilização da pulseira de identificação do paciente na administração de medicamentos. Este instrumento poderá integrar o protocolo de identificação do paciente já existente na instituição, após revisão sugerida por este estudo.

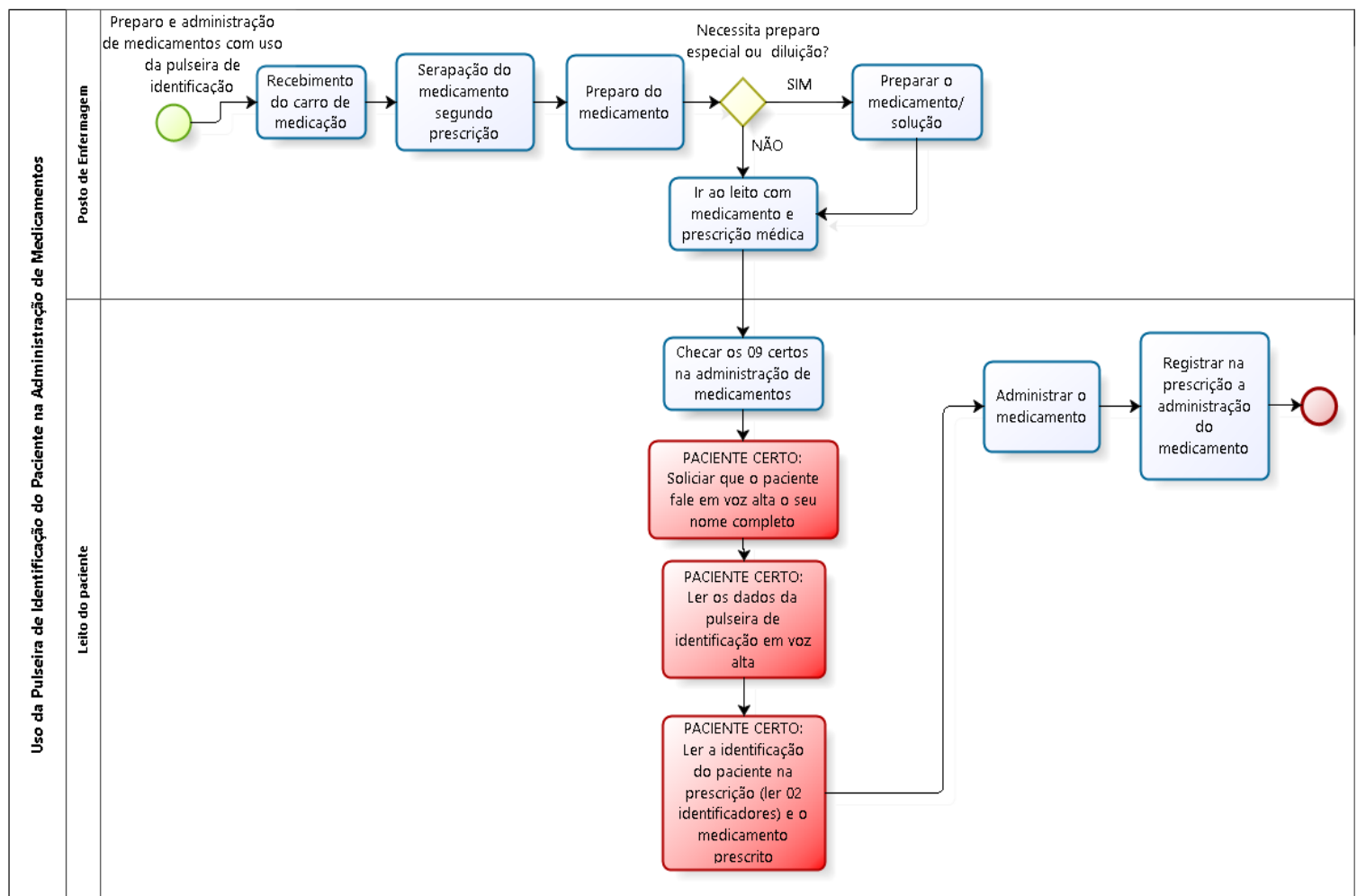
A padronização de ações através do uso de protocolos assistenciais é vista como um fator que confere segurança nas ações de cuidado, melhora a qualificação dos profissionais e facilita a incorporação de novas tecnologias. Portanto critério e rigor se fazem necessários para se evitar orientações inadequadas (PIMENTA, et al. 2015).

Para o correto uso da identificação do paciente é necessário portanto um instrumento atualizado e que componha rotinas diretas, de fácil entendimento e que favoreça a adesão, com todos os pontos abordados e com um planejamento de uso de indicadores de qualidade que permitam a avaliação das boas práticas sugeridas.

O uso de estratégias como campanhas com frequência periódica, divulgadas em toda a instituição podem despertar maior interesse por parte dos profissionais, pois coloca o assunto em discussão e destaque, levando à reflexão do público alvo.

Figura 2:

Fluxograma do uso da pulseira de identificação do paciente durante a administração de medicamentos.



Fonte: Dissertação de mestrado Lemos, CS.

Este Fluxograma se inicia com atividades realizadas ainda no posto de enfermagem, quando o profissional, após receber o carro que contem escaninhos com os números dos leitos da enfermaria contendo todos os medicamentos das próximas 24 horas, seleciona os medicamentos a serem administrados no próximo horário de aprazamento.

A seguir o profissional deve ler na prescrição o medicamento a ser administrado naquele horário, conferir se o mesmo se encontra no escaninho determinado e aí então identificar se tal medicamento precisa de diluição, como no caso de soluções intravenosas por exemplo, ou se o medicamento será administrado por via oral, sem necessidade de diluições ou preparos, como no caso de comprimidos.

É importante ressaltar que o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde orienta a realização de dupla checagem das doses pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é importante especialmente para medicamentos prescritos em oncologia, pediatria, e também Unidades de Tratamento Intensivo (BRASIL, 2013b).

Após realizar o preparo do medicamento conforme necessário, o profissional deve encaminhar-se ao leito onde encontra-se internado o paciente com o medicamento preparado e aí então checar os 09 certos da administração de medicamentos. Esta é uma orientação do Ministério da Saúde e vista como estratégia na redução de riscos durante a administração de medicamentos (BRASIL, 2013b). (Tabela 9).

Tabela 9

Os nove certos

NOVE CERTOS		CARACTERÍSTICAS SIMPLIFICADAS
I.	Paciente certo	Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.
II.	Medicamento certo	Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.
III.	Via certa	Identificar a via de administração prescrita. Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
IV.	Hora certa	Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.
V.	Dose certa	Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.
VI.	Registro certo da administração	Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose. Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos
VII.	Orientação correta	Esclarecer dúvidas com o prescritor. Orientar e instruir o paciente.
VIII.	Forma certa	Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita.
IX.	Resposta certa	Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado.

Fonte: Protocolo De Segurança Na Prescrição, Uso E Administração De Medicamentos. (BRASIL, 2013 b).

Alguns itens dos nove certos não ocorrem necessariamente no leito do paciente, durante a administração dos medicamentos. São eles: VI registro certo e IX resposta certa: o registro de ocorrências pode ocorrer em momentos não imediatos à

administração de medicamentos e por isso esse tipo de registro pode acabar ocorrendo em outro momento, no posto de enfermagem. VII orientação correta: se houver necessidade de esclarecimentos com o prescritor, eles devem ocorrer antes de o profissional de enfermagem se encaminhar ao leito para a administração do medicamento.

No que diz respeito ao uso da pulseira de identificação do paciente, que faz parte do item I dos nove certos, é importante destacar as ações que devem ser realizadas para a utilização do dispositivo, uma vez que este estudo pôde constatar que sua verificação não é realizada. O fluxograma segue pontuando as etapas de verificação do paciente certo, uma vez que o objetivo deste instrumento é informar ao profissional em que momentos e de que forma utilizar a pulseira de identificação de pacientes quando for realizar a administração de qualquer medicamento.

Primeiramente deve-se solicitar que o paciente fale em voz alta seu nome completo. Na impossibilidade de o mesmo responder, deve-se considerar a informação fornecida pelo acompanhante do paciente, ou ainda no caso de o paciente apresentar nível de consciência alterado, o profissional de enfermagem deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, usando preferencialmente dois identificadores (BRASIL, 2013b).

Após o paciente informar seu nome completo, os dados da pulseira de identificação devem ser lidos em voz alta, permitindo que ao mesmo tempo em que o profissional confere os dados, o paciente também possa ouvir os dados registrados e saber se há veracidade.

A conferência dos dados de identificação na prescrição médica deve ser realizada da mesma forma, além de se conferir o medicamento a ser administrado, a via certa, a hora certa, a dose certa e a forma certa, aproveitando-se para responder à eventuais questionamentos surgidos por parte dos pacientes, e realizar o registro da administração efetuada.

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da saúde apresenta um procedimento operacional padrão para a administração de medicamentos, de onde podemos destacar algumas orientações diretamente relacionadas ao uso da identificação do paciente (BRASIL, 2013b).

A primeira orientação a se destacar é a de organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando. Especialmente onde o sistema de distribuição da farmácia não é por dose unitária, considerado mais seguro que o individualizado, que hoje é utilizado na instituição estudada, e a manipulação de soluções e suas identificações ainda são realizadas pelos profissionais no posto de enfermagem (BRASIL, 2013b).

A segunda orientação destacada é a de seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais. O que reforça a necessidade de revisão dos processos visando qualidade e segurança para o paciente (BRASIL, 2013b).

Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes é mais uma das orientações que merecem destaque e que, se praticada pode reduzir consideravelmente o risco de se realizar troca de medicamentos, doses e de pacientes, que são eventos já relatados anteriormente por profissionais participantes deste estudo (BRASIL, 2013b).

Por fim, é importante destacar a orientação de se registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional. Este passo deve ser realizado preferencialmente ainda no leito, uma vez que o profissional deve levar a prescrição médica para checar dados no leito do paciente, evitando-se assim esquecimento do registro por parte do profissional (BRASIL, 2013b).

Respeitando-se com rigor os passos do fluxograma, espera-se que uma cultura do uso efetivo das pulseiras de identificação do paciente tenha sucesso na adesão por parte de todos os profissionais envolvidos. Orientar o paciente quanto a importância do método e incluí-lo na vigilância da adesão às ações do fluxograma é uma estratégia que pode ajudar na redução de falhas da implantação das ações.

Este fluxograma foi construído na intenção de integrar o protocolo de correta identificação do paciente da instituição, após revisão e ampliação do documento já existente.

Como trata-se de um fluxograma, a intenção é de que a leitura de sua estrutura esquemática já direcione o profissional à atividade correta, porém as explicações descritivas devem estar presentes no protocolo de identificação correta do paciente da instituição, uma vez que tal documento deve ser a base para o treinamento prévio da implantação do fluxograma. “A educação continuada e uniformização de ações estão dentre as atitudes a serem tomadas pela administração institucional para se evitar problemas de erros de medicação” (DOS REIS; DA COSTA, 2012, p.32).

A tabela dos 09 certos, que descreve resumidamente as características de cada certo, deve ser disponibilizada juntamente com o fluxograma, uma vez que destaca os principais pontos que previnem eventos relacionados à erros de medicação.

Somente implantar o sistema de identificação do paciente não garante a redução de riscos associados à identificação. Um uso consistente e eficaz das pulseiras de identificação deve ser o principal objetivo de todo o processo, com sua leitura e verificação dos dados junto à prescrição regularmente.

Com a padronização necessária, pontuada em protocolos bem detalhados, com clareza nas ações descritas e divulgação com treinamentos periódicos, a adesão à todo o processo estará mais próxima do êxito.

5.2 Sugestões para o aprimoramento do protocolo de identificação do paciente.

Para o aprimoramento do protocolo de identificação de pacientes da instituição algumas sugestões se fazem necessárias:

- Revisão geral e ampliação do protocolo de identificação correta do paciente.
- Padronização da pulseira de identificação do paciente, seus identificadores e a forma de inserção dos registros na mesma.
- Desencorajar o uso de placas ou quadros de identificação do paciente como forma de verificar a identificação do paciente.
- Uso de fluxogramas para facilitar a visualização das rotinas e ampliar a adesão dos profissionais.
- Uso de indicadores de qualidade que avaliem a adesão dos profissionais às novas práticas.

- Uso de indicadores de avaliação de qualidade das pulseiras de identificação de pacientes, com observação dos identificadores utilizados e suas características.
- Treinamentos periódicos com as equipes de enfermagem abordado o protocolo e suas rotinas.
- Uso de campanhas de sensibilização regulares como forma de abordar o temas e tentar aumentar adesão às novas práticas.
- Incentivar adesão à rotina de notificação de eventos adversos, queixas técnicas e situações de risco.
- Revisar o protocolo de administração de medicamentos associado ao protocolo de identificação do paciente e padronizar as ações na administração de medicamentos na instituição.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O fato de ter sido observado que muitas das notificações levantadas junto à gerência de risco foram realizadas pelo pesquisador, e ainda, que 88% das notificações foram realizadas durante o período de coleta de dados acaba não demonstrando a realidade do cenário, uma vez que a temática fomentada durante a presença do pesquisador em campo sugere uma maior notificação durante este período.

A existência de um banco de dados completo que contemplasse um período maior e que não incluísse a presença do pesquisador em campo, provavelmente refletiria melhor a realidade do cenário estudado.

Os profissionais envolvidos no processo de identificação de pacientes não valorizam a importância de notificações relacionadas a esse processo, o que acaba levando a um quadro de subnotificação.

Campanhas que esclareçam e estimulem a notificação de eventos relacionados a este processo devem ser praticadas pela instituição, para melhor conhecimento da realidade e para que se possa criar novas políticas para se estabelecer barreiras eficazes para a segurança do paciente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar as formas de identificação do paciente utilizadas na instituição escolhida como cenário deste estudo, e a avaliação de suas características permite afirmar que não há um padrão estabelecido e a qualidade dos dados utilizados como identificadores hoje compromete a qualidade da assistência prestada aos usuários da unidade e expõe pacientes a riscos. A necessidade de uma rotina que direcione o uso destes dispositivos, e que padronize seus dados e características é evidente, e torna-se primordial para garantir cuidados seguros ao paciente.

Ao realizar o mapeamento das etapas de preparo e administração de medicamentos foi detectado que a confecção de rótulos com fita crepe, sem padronização dos dados inseridos, com uso de dados aleatórios aumentam o risco de falhas no processo, assim como a realização do preparo dos medicamentos em locais inadequados. Essas práticas devem ser desencorajadas, e a destinação de espaço exclusivo para o preparo de medicamentos, sem interferências externas deve ser considerado.

Na análise das notificações de eventos adversos, queixas técnicas e situações de risco de eventos ligados à identificação do paciente, acredita-se em provável subnotificação, uma vez que durante o período de observação foram identificadas várias falhas como a presença de pacientes sem pulseira de identificação, dados incorretos utilizados nos dispositivos de identificação, dados com tinta de caneta desbotando entre outros.

Portanto os eventos existiam, e foram notificados em maior número justamente no período de coleta de dados deste estudo, o que pode ser justificado pela presença do pesquisador em campo dando maior destaque à temática e envolvendo mais os profissionais com o assunto provavelmente pouco abordado anteriormente, além do compromisso ético do pesquisador que também o envolve nas notificações.

Em relação aos relatos dos profissionais sobre suas experiências com ocorrências que relacionassem a identificação do paciente e a administração de medicamentos, foi possível notar que poucos foram os relatos que traziam a pulseira e placa de identificação em suas citações, o que leva a crer que o pouco uso do dispositivo na rotina de cuidados acaba não o destacando na memória dos profissionais.

Relatos de administração de medicamentos ao paciente errado, com troca de medicações, administração de medicamentos não prescritos entre outros, também destaca o não uso do dispositivo de identificação, já que sua verificação evitaria esse tipo de evento. O uso do efetivo das pulseiras de identificação não é ainda reconhecido amplamente pelos profissionais como forma de se evitar incidentes.

Desta forma, diante dos dados coletados, foi possível desenvolver um fluxograma bem específico, destacando o uso efetivo da pulseira de identificação do paciente durante a administração de medicamentos. Este instrumento direciona a ação do profissional de forma clara, simples e bem objetiva, facilitando a visualização do momento exato em que se deve abordar o dispositivo de identificação, na intenção de padronização da ação, o que facilita adesão e o desenvolvimento por parte do profissional dessa rotina em sua prática diária.

Este estudo poderá fomentar novas pesquisas no tema abordado, e a tecnologia desenvolvida, após validação, poderá integrar protocolos de outras instituições de saúde, ou ainda servir de modelo para adaptações de acordo com realidades diferentes.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Assistência Segura**: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1. ed. Brasília. 2013a.172 p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em 21 Nov. 2013.

ANVISA. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**: Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília, 2013b.

ARRUDA, Lidyane Parente et al. Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 7, 2014.

ASPDEN, P. et al. Preventing medication errors. Report Brief. Institute of Medicine of the National Academies:, Washington, DC: **The National Academies Press**, 2007. Disponível em: <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series/medicationerrorsnew.ashx>>. Acesso em: 14 Jul. 2014.

BARBOSA, Taís Pagliuco et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 243-8, 2014. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v27/n3/v27n3a0.pdf#page=57>>

BARROS, Ariane Alves et al. Motivation practices to promote safety culture by nursing leaders according to assisting nurses. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007]**, v. 8, n. 12, p. 4330-4336, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6753>>

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 467-472, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA / Fiocruz. **Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília. 2013 a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20%20Segura%C3%A7a%20na%20Prescri%C3%A7%C3%A3o,%20uso%20e%2>>

[0%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf](#)> Acesso em 21 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde / ANVISA / Fiocruz. **Protocolo De Segurança Na Prescrição, Uso E Administração De Medicamentos**. Brasília. 2013 b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>> Acesso em: 21 Nov. 2013.

BRASIL. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013 c. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em 21 Nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em 04 Fev. 2016.

CALDANA, Graziela et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 915-22, 2013. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/19655/15717>>

CARVALHO, Viviane Tosta; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Erros na medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 33, n. 3, p. 322-330, 2000. Disponível em: < http://revista.fmrp.usp.br/2000/vol33n3/erros_medicao.pdf>

CASSIANI, S.H. B. et al. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 3, p. 280-7, 2005. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/05.pdf>

CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 95-9, 2005. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>>

CLEOPAS, A. et al. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 5, p. 344-348, 2004. Disponível em: < <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/5/344.short>>

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília.V. 64, n. 02,p. 241-247. Mar-abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a04v64n2.pdf>>. Acesso em 21 Nov. 2013.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008

DE SOUZA, Sabrina et al. Utilização de estratégias de segurança na identificação da criança para administração de medicamentos. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 6-11, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n1/pt_0103-2100-ape-27-01-00006.pdf>

DOS REIS, Gisele Silva; DA COSTA, Josiane Moreira. Erros de medicação no cotidiano dos profissionais de um hospital de ensino: estudo descritivo exploratório. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. São Paulo v.3 n.2 p. 30-33 abr./jun. 2012.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem.**Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012. <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4966>

FIGUEIREDO, N.M.A. de (org). **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FRANCO, J.N. et al.Percepção da Equipe de Enfermagem Sobre Fatores Causais de Erros na Administração de Medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília.V. 63, n. 06,p. 927-932. Nov-Dez. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/09.pdf>>Acesso em 11 Jul. 2014

GIL, A.C. **Métodos e técnicas da Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Athas, 1995

HEMESATH, Melissa Prade et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-48, 2015. Disponível em: <

<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/54289/35660>
> acesso em 01 jun. 2016

Hoffmeister, LV; Moura, GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n.1, p 36-43. jan.-fev 2015.

LATHAM, Tom et al. Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi. **International Journal for Quality in Health Care**, p. mzs038, 2012. Disponível em: <
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/early/2012/07/18/intqhc.mzs038.full>>

LEVIN, Hannah I.; LEVIN, James E.; DOCIMO, Steven G. "I meant that med for Baylee not Bailey!": A mixed method study to identify incidence and risk factors for CPOE patient misidentification. In: **AMIA Annual Symposium Proceedings**. American Medical Informatics Association, 2012. p. 1294. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540497/>>

LIMA, Raíza Rana Souza; MATOS, Johnata Cruz; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. O processo de identificação do paciente e a cultura organizacional: uma análise reflexiva. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 9n.5, p. 8468-8473. 2015. Disponível em:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7701/pdf_8126>

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001.

LÓPEZA, MJ Otero et al. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. **Farm Hosp**, v. 32, n. 1, p. 38-52, 2008. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Jane/publication/28312243_Actualizaci_n_de_la_clasificacin_de_errores_de_mediacin_del_grupo_Ruiz-Jarabo_2000/links/00b4952c12fdb3b3bb000000.pdf>

MARTINS, Sheila de Assis; DA COSTA, Gislaine Desani. Fatores relacionados aos erros de administração de medicamentos entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Iberoamericana De Educación E Investigación En Enfermería**. V.4, n.2, p. 54-62, 2014.

MIASSO, A.I. et al. O Processo de Preparo e Administração de Medicamentos: Identificação de Problemas para Propor Melhorias e Prevenir Erros de Medicação. **Rev**

Latino-am Enfermagem. Ribeirão Preto. V 14, n. 03. Maio/junho, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300008> acesso em: 21 Nov. 2013.

NASCIMENTO, Camila Cristina Pires et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 746-51, 2008.

OLIVEIRA, Rejane Burlandi de; MELO, Enirtes Caetano Prates. O sistema de medicação em um hospital especializado no município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 480-9, 2011. <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a06v15n3>>

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>

PABLO-COMECHÉ, Daniel; BUITRAGO-VERA, Carmen; MENEU, Ricard. Identificación inequívoca de pacientes. Evaluación del lanzamiento y su implantación en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. **Medicina Clínica**, v. 135, p. 54-60, 2010. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-identificacion-inequivoca-pacientes-evaluacion-del-13155675>>

PADILHA, Katia Grillo et al. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 1, p. 50-57, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a07>>

PEDREIRA, Mavilde Luz Gonçalves. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul enferm**, v. 22, p. 880-1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem–São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-para-construcao-de-protocolos-assistenciais-de-enfermagem/>>

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. São Paulo: Artmed S.A., 2004.

PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva; TELLES FILHO, Paulo Celso Prado. Identificação de Erros no Preparo e Administração de Medicamentos pela Equipe de Enfermagem e das Ações Praticadas pela Instituição Hospitalar. **Cogitare Enferm** v.13, n. 4, p. 514-519. Out/Dez 2008.

QUADRADO, Ellen Regina Sevilla; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 659-667, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_05.pdf>

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde-um olhar sobre a literatura. **Cienc Saude Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013. Disponível em :<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. V. 13, n. 04,p. 607-619. Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000400006&script=sci_arttext>. Acesso em 21 Nov. 2013.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem.**Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, p. 122-137, 2012. Disponível em: <<http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>>

SCHULMEISTER,Lisa, R. N. Patient misidentification in oncology care.**Clinical journal of oncology nursing**, v. 12, n. 3, p. 495, 2008. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/3fbb873e45153c276b8ae5cec8568c5f/1?pq-origsite=gscholar>>

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli - Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 279-285, 2004.

SILVA-BATALHA, Edenise Maria Santos da; MELLEIRO, Marta Maria. Patient safety culture in a teaching hospital: differences in perception existing in the different scenarios of this institution. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 432-441, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200432&lng=en&nrm=iso

SILVA, Gracinete do Carmo; GARCIA, Caroline Alves. Erro de medicação: estratégias e novos avanços para minimizar o erro. **Rev Enferm UNISA** 2009; v. 10 n.1, p. 22-26. Disponível em: <
<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-04.pdf>>

SMITH, Andrew F. et al. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 5, p. 590-599, 2011. Disponível em: <
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/5/590.full>>

TASE, Terezinha Hideco et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a25v34n3.pdf>

TEIXEIRA, Thalyta Cardoso Alux; CASSIANI, Silvia Helena de Bartoli. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 1, p. 139-46, 2010. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a20v44n1.pdf>>

TELLES FILHO, Paulo Celso Prado; PEREIRA JÚNIOR, Assis do Carmo; VELOSO Izabella Rocha. Identificação e análise de erros na administração de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8n. 4 p. 943-950, abr., 2014. Disponível em: <
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5590/pdf_4901>

WILSON, Ross M. et al. The quality in Australian health care study. **Medical Journal of Australia**, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995. Disponível em: <
<http://welladjusted.co/assets/downloads/landmark-study.pdf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World Alliance for Patient Safety Progress Report 2006-2007. 2008. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75169/1/WHO_IER_PSP_2008.03_eng.pdf>

Apêndice A: Ficha de acompanhamento do uso da identificação do paciente durante a administração de medicamento- Roteiro de Observação.

Ficha de acompanhamento do uso da identificação do paciente durante a administração de medicamento	
Referência do Paciente: _____ Referência do Profissional: _____ Data da coleta: ____/____/____	
PREPARO	
1. Onde é preparada o medicamento?	__Bancada __carrinho __Outros _____
2. De que forma ele é identificado?	__Etiqueta __Caneta permanente __Não é identificada __Outros _____
3. Quais os dados contidos na identificação do medicamento a ser administrado?	__Nome __Leito __Data __Hora __Dosagem __Quantidade __Apresentação __Via de administração __Outros _____
ADMINISTRAÇÃO	
4. Os dados são conferidos no leito?	__Sim. De que forma? __Solicitação verbal ao paciente ou acompanhante __Verificação de identificação na porta do leito __Verificação de identificação na pulseira de identificação do paciente __Outros _____ __Não
5. O paciente questiona o medicamento?	__Sim __Não
6. Os dados são conferidos quando questionados?	__Sim Onde? __Na identificação da dosagem a ser administrada colocada pelo profissional __Na prescrição __Outros _____ __Não
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE/LEITO	
7. Qual o tipo de identificação do paciente?	__Pulseira de identificação. Dados da pulseira: __Nome __Data Nascimento __Leito __Prontuário __Nome da Mãe __Dados legíveis? __sim __Não __Dados abreviados? __sim __Não __Outros(troca, correção, motivo) _____ __Placa na porta do leito. Dados da Placa: __Nome __Data Nascimento __Leito __Prontuário __Nome da Mãe __Dados legíveis? __sim __Não __Dados abreviados? __sim __Não __Outros(troca, correção, motivo) _____

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissional**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAL****TÍTULO: Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos: Uma
Nova Proposta**

OBJETIVO DO ESTUDO: Indicar as formas de identificação dos pacientes e sua manutenção durante o período de internação. Mapear etapas da administração de medicação utilizadas na instituição. Apontar como a identificação do paciente é utilizada na administração de medicamento. Construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamento.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para mapear a utilização da identificação do paciente durante o processo de administração de medicamento e construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamento. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você será observado durante a rotina de identificação do paciente no processo de internação hospitalar. Você responderá a um questionário onde será possível relatar ocorrências relacionadas ao processo de medicação.

RISCOS: Os riscos são considerados mínimos. Você pode achar que a observação incomoda a você, porque as informações coletadas serão em relação ao procedimento realizado por você. Assim, você pode escolher não ser observado e, portanto não participar da pesquisa por sentir-se incomodado. Você pode achar que a pergunta do questionário incomoda você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder a pergunta do questionário se a mesma o incomodar.

BENEFÍCIOS: A observação da realização do processo ajudará a identificar possíveis falhas no processo de administração de medicação atualmente implementado, contribuindo para que se possa construir um novo modelo de processo onde as falhas são minimizadas, reduzindo riscos ao paciente, além de permitir que a comunidade científica tenha conhecimento destes dados, contudo não será, necessariamente, para seu benefício direto.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não constará em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas observações revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Os dados ficarão armazenados, por no máximo, cinco anos, sendo depois descartados.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO). Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, sendo a aluna CARINA SALGADO LEMOS a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª KARINNE CRISTINNE DA SILVA CUNHA. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que

você tenha. Caso seja necessário, contate Carina Salgado Lemos no telefone (21) 99854-1103 ou a prof.^a KarinneCristinne da Silva Cunha, no telefone(21) 2542-6699 ou ainda os Comitês de Ética em Pesquisa: CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br e o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia localizado na Rua das Laranjeiras, 374, 5º andar, Laranjeiras, cep:22.240-006. Rio de Janeiro- RJ. Telefax: 55 21 30372307.

Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PACIENTE****TÍTULO: Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos: Uma
Nova Proposta**

OBJETIVO DO ESTUDO: Indicar as formas de identificação dos pacientes e sua manutenção durante o período de internação. Mapear etapas da administração de medicação utilizadas na instituição. Apontar como a identificação do paciente é utilizada na administração de medicamento. Construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamento.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para mapear a utilização da identificação do paciente durante o processo de administração de medicamento e construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamento. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida pessoal e muito menos em seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, durante a administração de medicamentos, será observado de que maneira o profissional utiliza as formas de identificação do paciente disponíveis na instituição no processo de medicação, como pulseiras e placas de identificação, porém nenhum dado que o identifique será utilizado e registrado nesta pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que a observação das formas de identificação do paciente durante a administração de medicamentos, (como pulseiras e placas de identificação), o incomoda, porque as informações coletadas serão em relação a procedimentos realizados em você. Assim, você pode escolher não ser observado e, portanto não participar da pesquisa por sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: A observação da realização do procedimento ajudará a mapear a utilização da identificação do paciente durante o processo de administração de medicamento, contribuindo para que a comunidade científica tenha conhecimento deste procedimento, contudo não será, necessariamente, para seu benefício direto.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não constará em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas observações revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Os dados ficarão armazenados, por no máximo, cinco anos, sendo depois descartados.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO). Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, sendo a aluna CARINA SALGADO LEMOS a pesquisadora principal, sob a orientação da Profª KARINNE CRISTINNE DA SILVA

CUNHA. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Carina Salgado Lemos no telefone (21) 99854-1103 ou a prof.^a KarinneCristinne da Silva Cunha, no telefone(21) 2542-6699 ou ainda os Comitês de Ética em Pesquisa: CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br e o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia localizado na Rua das Laranjeiras, 374, 5º andar, Laranjeiras, cep:22.240-006. Rio de Janeiro- RJ. Telefax: 55 21 30372307.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

Anexo A: Parecer CEP – Instituição Proponente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos: Uma Nova Proposta(provisório)

Pesquisador: Carina Salgado Lemos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34945414.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 893.132

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa sobre a segurança do paciente, tema amplamente discutida e colocada como ponto crítico no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde. Na preocupação da possibilidade de geração de eventos adversos relacionados à fragilidades nesse processo, houve um questionamento à respeito do uso da identificação de pacientes no processo de medicação, o que levou ao objeto do estudo: a utilização da identificação do paciente durante a administração de medicamentos. Será realizado um estudo exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa, em uma instituição de assistência em cardiologia de alta complexidade, na cidade do Rio de Janeiro. Os dados serão coletados através de observação não participativa e questionário aplicado aos profissionais de Enfermagem. Os dados qualitativos coletados serão confrontados com a literatura científica disponível de maneira que proporcione base de conhecimento para a construção de uma nova rotina que vise melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário da unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: mapear a utilização da identificação do paciente durante o processo de administração de medicamento. Específicos: indicar as formas de identificação dos pacientes e sua manutenção durante o período de internação. mapear etapas da administração de medicação utilizadas na

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 003.122

instituição, apontar como a identificação do paciente é utilizada na administração de medicamento, construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador revisou os termos e explicou sobre riscos de exposição do participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de interesse científico sobre a segurança do paciente, devendo discutir a qualidade da assistência à saúde. Sugere-se a realização da pesquisa, sendo respeitados os direitos dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Revisou os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Realizar a pesquisa, apresentar relatórios parciais e finais a esse CEP e publicar os resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução 468 o protocolo está aprovado. Enviar relatório parcial e final após a conclusão do estudo ao CEP UNIRIO.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

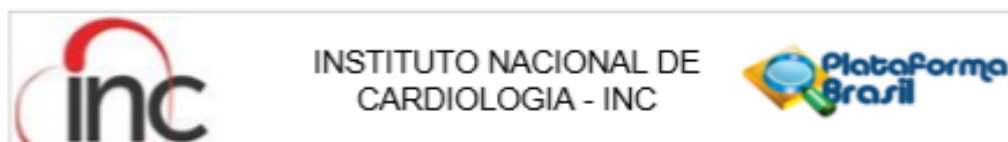
Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Anexo B: Parecer CEP – Instituição co-participante



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação do Paciente na Administração de Medicamentos: Uma Nova Proposta(provisório)

Pesquisador: Carina Salgado Lemos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34945414.7.3001.5272

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.013.404

Data da Relatoria: 07/04/2015

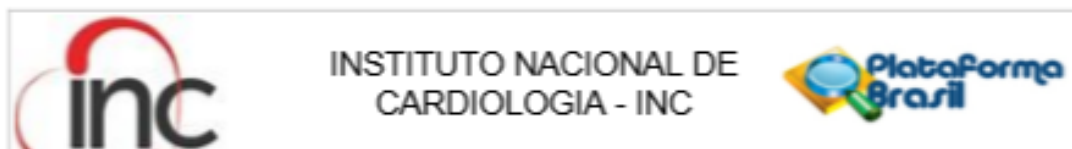
Apresentação do Projeto:

Pesquisa sobre a segurança do paciente, tema amplamente discutida e colocada como ponto crítico no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde. Na preocupação da possibilidade de geração de eventos adversos relacionados à fragilidades nesse processo, houve um questionamento à respeito do uso da identificação de pacientes no processo de medicação, o que levou ao objeto do estudo: a utilização da identificação do paciente durante a administração de medicamentos. Será realizado um estudo exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa, em uma instituição de assistência em cardiologia de alta complexidade, na cidade do Rio de Janeiro. Os dados serão coletados através de observação não participativa e questionário aplicado aos profissionais de Enfermagem. Os dados qualitativos coletados serão confrontados com a literatura científica disponível de maneira que proporcione base de conhecimento para a construção de uma nova rotina que vise melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário da unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: cepinc@laranjeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.012.404

Mapear a utilização da identificação do paciente durante o processo de administração de medicamento.

Específicos:

Indicar as formas de identificação dos pacientes e sua manutenção durante o período de internação.

Mapear etapas da administração de medicação utilizadas na instituição.

Apontar como a identificação do paciente é utilizada na administração de medicamento. Construir um fluxograma que direcione as etapas de utilização da identificação do paciente no processo de administração de medicamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos para o profissional: Os riscos deste estudo são considerados mínimos para o profissional, pois os mesmos serão observados e também, em um segundo momento, responderão uma pergunta a respeito do uso da identificação do paciente durante a administração de medicamentos. O participante pode achar que a observação o incomoda, porque as informações coletadas serão em relação ao procedimento realizado por ele.

Assim, ele pode escolher não ser observado e, portanto não participar da pesquisa por sentir-se incomodado. O profissional participante pode achar que a pergunta do questionário o incomoda, porque as informações que coletaremos são sobre suas experiências pessoais. Assim ele pode escolher não responder a pergunta do questionário que o façam sentir-se incomodado.

Riscos para o paciente: Os riscos para os pacientes participantes também são considerados mínimos. O participante pode achar que a observação das formas de identificação do paciente durante a administração de medicamentos, (como pulseiras e placas de identificação), o incomoda, porque as informações coletadas serão em relação a procedimentos realizados nele. Assim, ele pode escolher não ser observado e, portanto não participar da pesquisa por sentir-se incomodado.

Os casos de incidentes de identificação do paciente durante o processo de administração de medicamento serão notificados a Gerência de Risco e ao Núcleo de Segurança do Paciente. Embora seja observação não participativa em caso de incidente que acarrete algum dano ao paciente haverá intervenção.

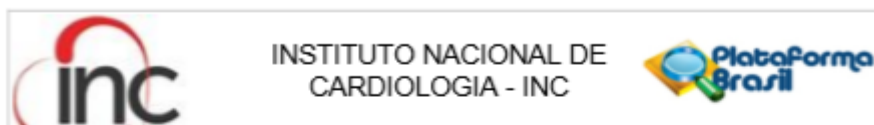
Benefícios:

Mitigar riscos relacionados à assistência de Enfermagem, promovendo a Segurança do Paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de extrema relevância visto que estudos indicam a identificação incorreta do paciente como um dos fatores que induzem ao erro de medicação com possibilidade de geração de eventos

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: cepinc@laranjeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.013.404

adversos relacionados à fragilidades desse processo. Fundamental na busca de segurança e qualidade no processo assistencial. Irá subsidiar a Gerência de Risco e ao Núcleo de Segurança do Paciente de forma proativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

Os resultados deverão ser transformados em instrumento de segurança e qualidade assistencial na instituição foco da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS/MS 466/12 Capítulo XI Item 2.d cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e final ao Comitê de Ética em que foi submetido o projeto.

Endereço: Rua das Laranjeiras 374 - 5º andar
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-006
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3037-2307 Fax: (21)3037-2307 E-mail: cepinc@laranjeiras@gmail.com