



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
SAÚDE COLETIVA - CAMPUS CEILÂNDIA

JAQUELINE MENDES NARDELLI

**Identificação como instrumento de segurança do paciente hospitalizado
no Hospital Regional de Ceilândia/DF: Resultados das duas auditorias
iniciais em 2015**

Brasília – DF

2015

Jaqueline Mendes Nardelli

**Identificação como instrumento de segurança do paciente hospitalizado
no Hospital Regional de Ceilândia/DF: Resultados das duas auditorias
iniciais em 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata.

Brasília – DF

2015

JAQUELINE MENDES NARDELLI

**Identificação como instrumento de segurança do paciente hospitalizado
no Hospital Regional de Ceilândia/DF: Resultados das duas auditorias
iniciais em 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade de Brasília, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva
pela Universidade de Brasília.

Aprovado em _____ / _____ 2015.

Comissão avaliadora constituída por:

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata.

Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília

Avaliador: Profa. Dra. Carla Pintas Marques.

Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília

Avaliador: Profa. Dra. Anna Carolina Faleiros Martins

Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que entendem a importância da identificação correta dos pacientes e fazem parte do processo de prevenção de erros associados ao cuidado a saúde e garantia da segurança do paciente.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço primeiramente a Deus, por ser e se mostrar presente em todas as fases da minha vida, com suas bênçãos e misericórdias.

Christopher McCandless escreveu uma vez que “*A felicidade só é real quando compartilhada*”, todos que aqui estão citados saibam que fico feliz em compartilhar essa realização com todos vocês.

- Aos meus pais, Marco Túlio Nardelli e Marlene Nardelli que honro por todo esforço com o qual mantiveram ao criarem três filhos permitindo-lhes condição de galgar êxito na sociedade. Vocês foram o motivo pelo qual me dediquei em toda a graduação, obrigada.
- Aos meus irmãos, Aline Nardelli e Marcos Henrique Nardelli, pelo apoio, exemplo, tolerância, amizade, carinho e conselhos. Mesmo com rotinas tão diferentes, sempre fizeram o belo papel de irmãos mais velhos.
- Agradeço as minhas amigas de graduação pelo incentivo a busca de novos conhecimentos, e que indiretamente contribuíram para minha formação, em especial, Jackeline Magalhães, Bárbara Formiga, Déborah Lacerda e Sheyla Cardoso, sempre terei boas lembranças.
- Aos meus professores de graduação que me fizeram compreender da melhor forma possível o amplo campo da saúde coletiva. Em especial, Clélia Parreira que me fez insistir em abordar um tema que tenho paixão. Inês Montagner que me proporcionou uma ótima experiência na atenção básica. E ao meu orientador José Antônio Iturri, que aceitou essa missão em última hora e se dedicou a todo tempo. Obrigada por me fazerem entender que “*educação não transforma o mundo, mas muda pessoas, e pessoas transformam o mundo*” (Paulo Freire). A formação de sanitarista com certeza trouxe mudanças ao meu modo de pensar, e essas mudanças poderão auxiliar na implementação do Sistema Único de Saúde.
- Aos preceptores de estágio II em Saúde Coletiva e gestores do Núcleo de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente, Renata Nóbrega e Edmundo Soares. Vocês me fizeram ver a importância desse tema para a Saúde Coletiva. Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas estagiários que tanto me ajudaram na construção dessa pesquisa: Jorge Henrique, Bárbara, Raquel, Tamires e Jéssica.
- Por fim, mas não menos importantes. Agradeço as minhas amigas íntimas, que quase como irmãs sempre ouviram meus desabafos e foram como base quando precisei. Amo muito vocês, Gabriella Soares e Thatyane Nardelli.

“O que é escrito sem esforço em geral é lido
sem prazer.”

(Samuel Johnson)

RESUMO

A identificação do paciente está presente diretamente ou indiretamente em muitos erros e eventos adversos acometidos dentro dos serviços de saúde, sejam de grau leve, moderado, grave, ou até mesmo óbito. A prevenção desses erros é a principal motivação da necessidade de uma segurança mais efetiva do paciente. Nessa segurança é prioritária a identificação do paciente, pois essa identificação estará presente em todos os métodos e procedimentos que serão efetuados com o paciente dentro do ambiente hospitalar. O estudo teve como objetivo avaliar a identificação do paciente no Hospital Regional de Ceilândia no ano de 2015, e descobrir se está sendo efetuada conforme as normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Os sujeitos de pesquisa foram pacientes hospitalizados em setores do hospital onde necessariamente fazem uso da identificação do paciente: seja pronto-socorro ou internação. O estudo foi realizado no Hospital Regional de Ceilândia do Distrito Federal no ano de 2015. O resultado geral da identificação do paciente em todos os setores nos mostra que em maio de 2015 a média geral do HRC de identificação correta do paciente estava em 49,70%, já em setembro de 2015 há um aumento para 51,70%. É importante a discussão do tema com os profissionais e com os usuários do hospital, para que esses números melhorem e a identificação evolua para como preconiza o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Palavras-chave: identificação do paciente; segurança do paciente;

ABSTRACT

Misidentifying patients within the health services, whether directly or indirectly, can lead to physical harm of degrees mild, moderate, severe, or even death. The prevention of these adverse events is the main reason more precise patient safety is needed. This security includes as a priority the identification of the patient, because this identification will be present in all methods and procedures that will be carried out with the patient within the hospital environment. The study aims to show the importance of patient identification in reducing adverse events and providing patient safety when taken as a required standard procedure. The research subjects were hospitalized patients in the hospital who necessarily make use of patient identification: emergency room or hospital stay. The study was conducted at the Hospital Regional de Ceilândia in the Federal District during business hours of the second half of the year of 2015. The overall result of the identification of the patient in all sectors shows us that, in may 2015, the overall average of the HRC of correct identification of patient was in 49.70%, already in September 2015, it increased to 51.70%. The discussion of the theme with the health professionals and patients is important to increase this numbers and to develop the identification as the National Patient Safety Program recommends.

Key words: identification of the patient; patient safety;

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| AV | Acesso Venoso |
| CO | Centro Obstétrico |
| DF | Distrito Federal |
| EAs | Eventos Adversos em saúde |
| HRC | Hospital Regional de Ceilândia |
| HV | Hidratação Venosa |
| MS | Ministério da Saúde |
| NE | Nutrição Enteral |
| NQHSP | Núcleo de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente |
| NSP | Núcleo de Segurança do Paciente |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| SNE | Sonda Nasoenteral |
| SNG | Sonda Nasogástrica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVD | Sonda Vesical de Demora |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

Sumário

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| OBJETIVOS | 13 |
| OBJETIVO GERAL | 13 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| JUSTIFICATIVA | 14 |
| REFERENCIAL TEÓRICO - PROGRAMÁTICO | 15 |
| Contextualização histórica..... | 15 |
| Programa Nacional de Segurança do Paciente..... | 16 |
| Meta 1: Identificação do paciente..... | 19 |
| Núcleo de Qualidade Hospitalar e Segurança do paciente (NQHSP) do Hospital regional de Ceilândia..... | 22 |
| METODOLOGIA | 24 |
| Descrição das etapas e itens da auditoria do Plano de Segurança do Paciente na HRC | 25 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 28 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| REFERÊNCIAS | 50 |
| ANEXO | 52 |

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um assunto recente e vem sendo bem abordado em discussões em todo o mundo durante a última década. Em abril de 2013, o Brasil através do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), abre espaço para a importância do tema. O programa estabelece protocolos para atendimento às metas internacionais de segurança e determina a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde (BRASIL, 2013B). O Documento de Referência do PNSP assume a definição de erro da OMS “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”; (BRASIL, 2013B) O objetivo principal do PNSP é ampliar o número de práticas seguras, de forma a evitar que erros associados ao cuidado em saúde atinjam os pacientes. As mudanças estão sintetizadas nas seis metas de segurança do paciente, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS); a meta número um a identificação correta do paciente.

A identificação do paciente é definida pelos Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional como: “processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo erros e enganos que o possam lesar”. Com a finalidade de assegurar que o cuidado certo seja prestado para a pessoa certa. (JCI, 2011)

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo criou um documento mostrando que os erros de identificação são comuns em hospitais. É mais importante que isso, eles podem acarretar sérias consequências para a segurança do paciente, como exemplo: erros de medicação; erros durante a transfusão de hemocomponentes; em testes diagnósticos; procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados; entrega de bebês às famílias erradas, entre outros; (SÃO PAULO, 2015)

Seguindo a orientação da PNSP, a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SESDF) instituiu em 2013 os Núcleos de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente (NQHSP) nas Regionais de Saúde do DF. Na Regional de

Ceilândia o NQHSP foi criado em abril/2014. O NQHSP /Ceilândia elaborou o Procedimento Operacional Padrão (POP) da Rotina de Identificação do Paciente definindo as responsabilidades e processos de identificação.

Visto isso, é necessário implementar as medidas indicadas na PNSP para assegurar que o paciente seja corretamente identificado. Essa identificação deve ser feita por meio de pulseira de identificação, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente, e todos os profissionais envolvidos. No POP da Rotina de Identificação do Paciente da Regional de Ceilândia indica-se, além dos pontos de identificação anteriores, a identificação de uma “placa de leito”. (BRASÍLIA, 2014)

Além de a identificação ser muito importante no cuidado em saúde, é de muita importância também a realização auditorias pelos núcleos de segurança do paciente, onde se possa verificar que a identificação está sendo realizada e da maneira preconizada pelo PNSP. (BRASIL, 2013B) A questão de pesquisa neste trabalho é: Depois da criação do NQHSP, a identificação do paciente tem sido efetuada no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) da maneira efetiva como preconizada pelo PNSP? Para responder essa questão presente, o estudo utiliza dados de duas auditorias realizadas no HRC, em Maio e Setembro de 2015, nos prontos-socorros e unidades de internação do Hospital Regional de Ceilândia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar se a identificação do paciente no Hospital Regional de Ceilândia no ano de 2015 está sendo efetuada conforme as normas do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Levantar a quantidade de pacientes que estão sendo corretamente identificados em cada setor de hospitalização do HRC no mês de maio e setembro de 2015.

Comparar os dados coletados nas auditorias de identificação de pacientes realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HRC em Maio e Setembro de 2015.

Identificar estratégias para fortalecimento do uso da identificação como forma obrigatória para a segurança do paciente.

JUSTIFICATIVA

Este tema de trabalho sobre Segurança do paciente e sua identificação correta, foi escolhido devido a uma experiência de estágio no Hospital Regional de Ceilândia do DF, durante o 7º semestre da minha graduação de saúde coletiva. Nesse estágio pude participar da criação do instrumento utilizado pelo núcleo de segurança do paciente e também utilizado na metodologia deste trabalho para avaliar a identificação do paciente no HRC. A experiência foi muito exitosa durante o 1º semestre de 2015, e por isso me indaguei a algumas perguntas pertinentes ao tema, e pertinentes aos motivos pelos quais a identificação não é vista de forma obrigatória e prioritária pelos profissionais do HRC. A partir dessa pergunta me despus a estudar sobre o tema e comparar a nova pesquisa com os dados coletados durante meu período de estágio.

REFERENCIAL TEÓRICO - PROGRAMÁTICO

Contextualização histórica

Hipócrates (460 a 370 a.C) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa- primeiro não cause o dano. Esses danos representam a maior fonte de morbidade e mortalidade do mundo, além de ter grande impacto econômico. Por muito tempo essa ideia de não causar o dano prevaleceu. Porém, em 1999 foi publicado um documento pelo Institute of Medicine (IOM) intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*) buscando a qualidade da atenção. Assim se inicia a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente.

Essa publicação constatou que entre 44.000 a 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA por eventos adversos causados durante o tratamento de cuidados à saúde. Essa mortalidade, na época da publicação, era maior que a de acidentes automobilísticos (43.458 mortes em um ano), câncer de mama (42.297 mortes em um ano) ou AIDS (16.516 mortes em um ano), colocando mortes por erros decorrentes da assistência em saúde como 8ª causa de mortalidade nos EUA. E esses dados surpreenderam pesquisadores da área da saúde e usuários do sistema. (KONH, 1999).

É recente a preocupação sobre o tema no cenário da saúde. Em 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde apoiou a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. Um dos objetivos principais era: Apoiar os esforços dos Estados-Membros para promover uma cultura de segurança nos sistemas de saúde e desenvolver mecanismos para melhorar a segurança do paciente. (BRASIL, 2013)

A OMS, em 2010, define segurança do paciente: “A redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.” O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do

conhecimento atual, dos recursos e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou outro tratamento.

Desde então, a segurança do paciente nas cenas de cuidado tem ganhado um enfoque maior, esforços têm sido direcionados para posicionar a qualidade na atenção e a segurança do paciente, apoiando a inclusão das ações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Entender como os erros acontecem e o porquê de suas implicações éticas e legais, não é uma tarefa fácil. “Para implementar uma análise sistêmica, é necessário aprofundamento das questões conceituais e necessariamente participação dos profissionais de saúde, gestores, pacientes e familiares no processo.” (ANVISA, 2013)

Visto que “Não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente.” (BRASIL, 2014) A Joint Commission International, em parceria com a OMS, estabeleceram seis metas internacionais de segurança do paciente, preconizadas também no Programa Nacional de Segurança do Paciente. Essas metas têm com objetivo promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco. Adotadas por instituições de todo o mundo, visa-se oferecer um atendimento cada vez melhor e adequado. São elas: 1- Identificação Correta do Paciente; 2- Comunicação Efetiva; 3- Uso Seguro de Medicamentos; 4- Cirurgia Segura; 5- Prevenção do Risco de Infecções; e 6- Prevenção do Risco de Queda;

Programa Nacional de Segurança do Paciente

Nesse contexto, o MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio de uma Portaria do MS nº 529, de 1º de abril de 2013. O objetivo central desse programa é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer público, ou privado. O desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente no Brasil depende da elaboração de planos locais de qualidade com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância

“núcleo” responsável, onde utilize protocolos e diretrizes. (BRASIL,2013B). A portaria nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP:

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas a segurança do paciente; produzir, sistematizar, e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós graduação na área da Saúde. (BRASIL, 2015b)

O Núcleo de Segurança do Paciente tem por competências: promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; entre outras; (RDC36,2013)

Os profissionais do núcleo são empoderados do trabalho, possuem autonomia. São além de formuladores de práticas, também executores do trabalho. E por fazerem parte desses dois processos passam a ter a capacidade de análise e intervenção em cada caso. Podendo provocar mudanças importantes nas relações entre os profissionais de saúde e esses processos de segurança do paciente, corroborando na implantação de novas e melhores práticas que almejam alcançar a qualidade dentro do hospital.

O PNSP também traz seis grandes mudanças são requeridas para iniciar a jornada de segurança do paciente, são elas: 1- É necessário mudar a busca por falhas como individuais, deve-se compreendê-los como causas do sistema; 2- É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa; 3- Mudar o sigilo para a transparência; 4- O cuidado deve ser centrado no paciente e não no médico; 5- Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos realizados

por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional; 6- A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base; (BRASIL, 2013B)

O PNSP estabelece eixos para estimular a prática assistencial segura, o primeiro eixo são os protocolos. Esses protocolos devem ser elaborados e implantados a partir do exemplo do protocolo nacional de cada especificidade: identificação, higiene das mãos, cirurgia segura, segurança na prescrição, entre outros. Esses protocolos foram recomendados pela OMS pelo pequeno investimento necessário para sua implementação e pela magnitude dos erros decorrentes à falta deles.

Quando realizadas de maneira correta e segura, pelos profissionais de saúde, por meio do seguimento de protocolos específicos, as medidas associadas às barreiras de segurança nos sistemas, podem prevenir eventos adversos, trazendo maior segurança aos pacientes e salvando valiosas vidas. (BRASIL,2013B) “A Resolução nº36 do Ministério da Saúde tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.” (art 1º RDC36, 2013) Algumas definições são adotadas pela RDC36 e estratégias e ações de gestão de risco estabelecidas pelo Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, para:

Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; Implementar protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; Identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; uso e administração de sangue e hemocomponentes; Segurança no uso de equipamentos e materiais; Prevenção de quedas dos pacientes; Prevenção de úlceras por pressão;

A implementação das metas instituídas e elaboradas para a segurança do paciente é de fundamental importância para a cultura da segurança. “Cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e

comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança.” (art 3º da RDC36, 2013)

A construção de uma cultura de segurança com medidas simples e efetivas permite que a saúde pública e seus profissionais possam trabalhar de forma segura em prol da melhoria da assistência à saúde. Sabendo disso, ressaltamos a importância de uma identificação correta dos pacientes, pois é a primeira meta presente no acesso à porta de entrada no serviço de Saúde.

Meta 1: Identificação do paciente

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a porta entrada até o meio de saída do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente. “Entre 2003 e 2005, padrões de acreditação apresentaram 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas, a má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas.” (JCI, 2011).

A OMS (2009) define evento adverso como: “incidente que resulta em dano (harm) ao paciente.” Por ano, aproximadamente 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa. (CLEOPAS, 2004)

O Ministério da saúde junto à ANVISA publicou no ano de 2013 o Protocolo Nacional de Identificação do Paciente. Esse protocolo possui a finalidade de “garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina”. De acordo com esse protocolo, sua abrangência é a todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, sejam terapêuticos, ou de diagnósticos. Com o objetivo de assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados. E ainda, é necessário usar pelo

menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. (BRASIL, 2013C)

Nesse protocolo são apresentadas estratégias para monitoramento da identificação dos pacientes. Mostrando possíveis indicadores para fazer a coleta de dados. O protocolo ressalta a importância de monitoramento e auditorias rotineiras para verificar o cumprimento da obrigatoriedade da identificação correta. (BRASIL, 2013c)

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo criou um documento mostrando que os erros de identificação são comuns em hospitais. E ainda acarretam em sérias consequências para a segurança do paciente: erros de medicação; erros durante a transfusão de hemocomponentes; em testes diagnósticos; procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados; entrega de bebês às famílias erradas, entre outros; Visto isso, é necessário pensar em alternativas para assegurar que o paciente seja corretamente identificado. Essa identificação deve ser feita por meio de pulseira de identificação, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente, e todos os profissionais envolvidos. (SÃO PAULO, 2015)

Essa pulseira deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. Não poderá agarrar na roupa, nos equipamentos e dispositivos, inclusive nos acessos venosos. Com a inserção de dados manuscritos na pulseira, estes devem garantir durabilidade e informação. O serviço de saúde escolherá o membro em função do paciente, em geral, para o adulto é o punho. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores. Já para recém-nascidos, é preferencial no tornozelo e requer cuidados adicionais, como nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido. (BRASIL, 2013C)

Devem-se utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente. É importante a utilização do nome completo, pois muitas vezes em um mesmo setor há pacientes com o mesmo primeiro nome. Também pode ser usado no caso de recém-nascidos o nome completo da mãe do paciente, data

de nascimento do paciente, ou até mesmo o número do prontuário do paciente. Em casos especiais, onde o paciente não possa utilizar a pulseira, é responsabilidade do serviço de Saúde definir como fazer essa identificação. (BRASIL, 2013C)

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: ter fácil leitura, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, e qualquer outro líquido ou preparação, não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital. O protocolo criado pelo MS e Anvisa em 2013, ainda destaca a importância da identificação nos momentos de transferência de pacientes, seja de alas ou de serviço de saúde:

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde. Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional. Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como: O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, O número de registro do atendimento do serviço de ambulância, A descrição física da pessoa. Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário. (BRASIL, 2013C)

Após esse processo da adequação da pulseira é necessário envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta. Explicando os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a obrigatoriedade da identificação antes do cuidado. Quando esse processo não é realizado pelo profissional de saúde facilita a retirada da pulseira pelo próprio paciente. Além disso, é de suma importância a confirmação da identificação desse paciente antes de todo e qualquer cuidado dentro do serviço, se possível o profissional deve perguntar ao paciente/familiar/acompanhante o nome e conferir com o rótulo de identificação. (BRASIL, 2013C)

Quando algum erro de identificação ao paciente acontecer, o mesmo deve ser notificado aos casos de identificação errada, de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço (BRASIL,2013C). A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde, no caso do HRC essa notificação entrará como evento adverso e será notificado em primeiro lugar ao NQHSP do hospital, e se necessário à Anvisa.

Núcleo de Qualidade Hospitalar e Segurança do paciente (NQHSP) do Hospital regional de Ceilândia

Em 2013 a portaria de Nº 332 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013) institui e normatiza a criação do Núcleo Central de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente, a partir do qual foram criados os núcleos regionais, dentre eles, o Núcleo de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente do HRC. Neste contexto, o HRC iniciou o planejamento para a elaboração do Plano de Segurança do Paciente em busca da qualidade da assistência à priorizando inicialmente os serviços assistências que são oferecidos. (BEZERRA, 2015)

O HRC é uma instituição hospitalar pública, inaugurado em 27 de agosto de 1981, localizado na Região Administrativa de Ceilândia (RA – IX), compõe a rede de hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) administrada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Encontra-se credenciado nos serviços de média e alta complexidade com atendimento ambulatorial e hospitalar na maior e mais populosa RA do DF. Possui capacidade instalada para atendimento em urgências e emergências para adulto, infantil, ginecologia e obstetrícia, com atendimento médio de 1.000 (um mil) pacientes por dia. O HRC possui 327 leitos, considerando os leitos de internação (225) e leitos de observação (102), com taxa de ocupação de 60% a 80% em setores como Pediatria, e de 140% a 200% de setores como o Pronto Socorro Adulto e Centro Obstétrico. (BEZERRA, 2015)

O Procedimento Operacional Padrão de Rotina de Identificação do HRC foi elaborado baseado no já existente do Ministério da Saúde e adaptado a realidade do HRC, em seguida, foi enviada para validação junto ao colegiado gestor da instituição. (BEZERRA, 2015) Nesse POP, destaca-se em suas exigências: a utilização da pulseira de identificação; Identificação dos visitantes com a cor destinada ao setor de visita; Padronização e identificação das placas de leitos; ser obrigatoriamente feita a identificação antes da administração de medicamentos, e antes de todo procedimento invasivo, como: Sondas: Nasogástricas, Nasoenteral e de Demora; Nutrição Enteral; Acesso Venoso; Hidratação Venosa; (BRASÍLIA, 2015)

METODOLOGIA

A pesquisa quanti-qualitativa foi realizada no Hospital Regional de Ceilândia, situado no Distrito Federal. Os locais onde foram coletados os dados de pesquisa são setores de hospitalização do HRC, podendo ser pronto-socorro ou internação, em que o uso da identificação do paciente seja item obrigatório. São treze setores: Pronto Socorro adulto; Pronto Socorro da Ginecologia; Pronto Socorro da pediatria; Sala Amarela; Sala vermelha; Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Ortopedia; UTI adulto; UTI Neonatal; Maternidade; Centro Obstétrico; Pediatria.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento criado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HRC – com a participação da autora – como parte de suas metas de segurança no ano de 2015, preconizada na RDC36. Esse instrumento tem por objetivo registrar a quantidade de pacientes que estão sendo corretamente identificados em cada setor.

Foram realizadas duas auditorias no ano de 2015, uma no mês de maio, e outra no mês de setembro. Utilizando um instrumento que foi criado pelo NQHSP. Em cada auditoria foram realizadas três visitas em cada setor, uma por semana. Onde foi anotada a quantidade de itens que estavam identificados de maneira correta ao instrumento utilizado, do total que estavam em uso em cada paciente.

Nesse instrumento contém o nome do setor avaliado no momento, juntamente com as variáveis de identificação do paciente possíveis existentes dentro do local, pois poderia ter paciente fazendo uso de algum item e outro não. São elas: placa de leito, pulseira, acesso venoso (AV), hidratação venosa (HV), sonda vesical de demora (SVD), Nutrição enteral (NE) ou sonda nasoenteral (SNE) ou sonda nasogástrica (SNG). Será disponibilizado também, um espaço para anotações de observações sobre o ambiente avaliado, relacionados à identificação.

A análise dos dados quantitativos produzidos nas auditorias foi feita com o uso do Excel para a quantificação dos resultados. Assim como a análise da comparação dos dados obtidos nas duas auditorias do ano de 2015.

Uma análise qualitativa dos dados gerados nas auditorias e na comparação foi feita juntamente os gestores do NQHSP do Hospital Regional de Ceilândia; a fim de criar uma estratégia de melhoria dessa identificação incorporando o contato com os profissionais de saúde do hospital e/ou usuários do mesmo.

Descrição das etapas e itens da auditoria do Plano de Segurança do Paciente na HRC

O ciclo PDCA é uma ferramenta de gestão muito conhecida na administração geral. Visa controlar e melhorar os processos e produtos de forma contínua, identificando as causas de seus problemas e implementando soluções para os mesmos. O ciclo tem início pela etapa (Plan) de Planejamento, focando na parte estratégica, no levantamento e análise de informações. Em seguida ocorre a execução (Do), onde tudo que foi planejado é executado, gerando assim, a necessidade de avaliação ou checagem (Check). Por fim, após a avaliação vem a necessidade de ação (act) que nesse caso é a discussão final das implementações que poderão ser feitas. (NASCIMENTO, 2011)

META 1 – IDENTIFICAÇÃO

| PDCA | O que? | Por que? | Onde será? | Quem fará? | Quando será feito? | Como será feito? | Quanto custa? |
|--------------|--------|----------|------------|------------|--------------------|------------------|---------------|
| Planejamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Execução | 1 | -- | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Avaliação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Discussão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

PLANEJAMENTO (P)

P1: O Ministério da Saúde juntamente com a ANVISA preconizam que a identificação dos pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada no momento da admissão no serviço através de uma pulseira. Foi criada uma rotina para o Hospital Regional de Ceilândia para identificação do paciente. Os indicadores que serão avaliados quanto à identificação: placa de leito, acesso venoso (AV), hidratação venosa (HV), dieta, Sonda Nasoenteral (SNE), Sonda nasogástrica (SNG), Nutrição Enteral (NE), Sonda Vesical de Demora (SVD) e outros dispositivos como dreno de tórax e o uso da pulseira de identificação.

Foi aplicado um instrumento (anexo) elaborado pela equipe do Núcleo de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente (NQHSP) em que poderemos enxergar a quantidade de pacientes que estão sendo corretamente identificados em cada setor e, a partir disso elaborar intervenções para que a meta 1 seja alcançada.

P2: Porque através dessa auditoria, podemos registrar, comparar e analisar a identificação do paciente no HRC.

P3: Em todos os setores do hospital que são: Pronto Socorro; Sala Amarela; Sala vermelha; Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Ortopedia; UTI adulto; UTI Neonatal; Maternidade; Centro Obstétrico; Pronto Socorro Ginecológico; Pediatria; Pronto Socorro da Pediatria Internação e PS.

P4: Pela equipe do NQHSP do HRC, com colaboração da autora desta pesquisa.

P5: Esse planejamento foi realizado no mês de abril de 2015, antes da primeira auditoria.

P6: Foi um instrumento elaborado pelo Núcleo que nos mostrou os indicadores de identificação.

P7: Não teve custo.

EXECUÇÃO (E)

E1: Fomos a cada setor uma vez por semana, durante três semanas para aplicar o instrumento de coleta de indicadores.

E3: Foi executado em todos os setores do HRC.

E4: Pela equipe do NQHSP do HRC, com a colaboração da autora desta pesquisa.

E5: Foi realizado durante os meses de maio e setembro de 2015.

E6: Foi aplicado um instrumento previamente elaborado pelo NSP que nos mostrou os indicadores de identificação.

E7: O custo foi de aproximadamente R\$10,00 para impressão do material de auditoria, o qual foi custeado pela autora da pesquisa.

AValiação (A)

A1: Foram comparados os dados coletados nas duas auditorias realizadas, nos meses de maio e setembro.

A2: Para descobrir se a identificação do paciente no HRC tem acontecido da maneira como preconiza o PNSP, e para, além disso, saber se os dados melhoraram, pioraram ou se mantiveram.

A3: A comparação foi feita através do uso do Excel.

A4: Pela autora da pesquisa.

A5: Foi realizada no mês de outubro de 2015.

A6: Foram criados gráficos lado a lado para facilitar a comparação e entendimento.

A7: Não teve custo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS (D)

D1: Foi feita com base nos resultados obtidos, com natureza qualitativa.

D2: Para dar base a qualquer intervenção que poderá ser criada pelo NQHSP, pois, não adiantaria uma pesquisa quantitativa sem uma discussão qualitativa sobre a mesma.

D3: Aconteceu em conversas entre a autora da pesquisa com os gestores do NQHSP.

D4: Autora da pesquisa com a colaboração dos gestores do NQHSP: Renata Nóbrega e Edmundo Soares.

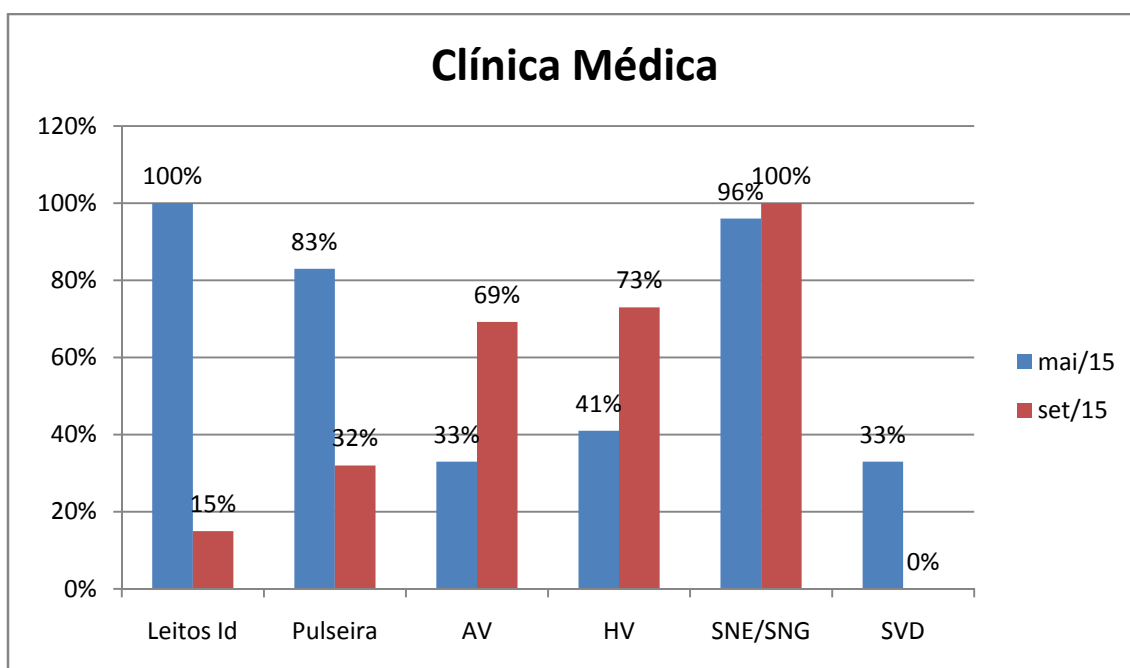
D5: Foi realizada no mês de novembro de 2015.

D6: Não teve custo.

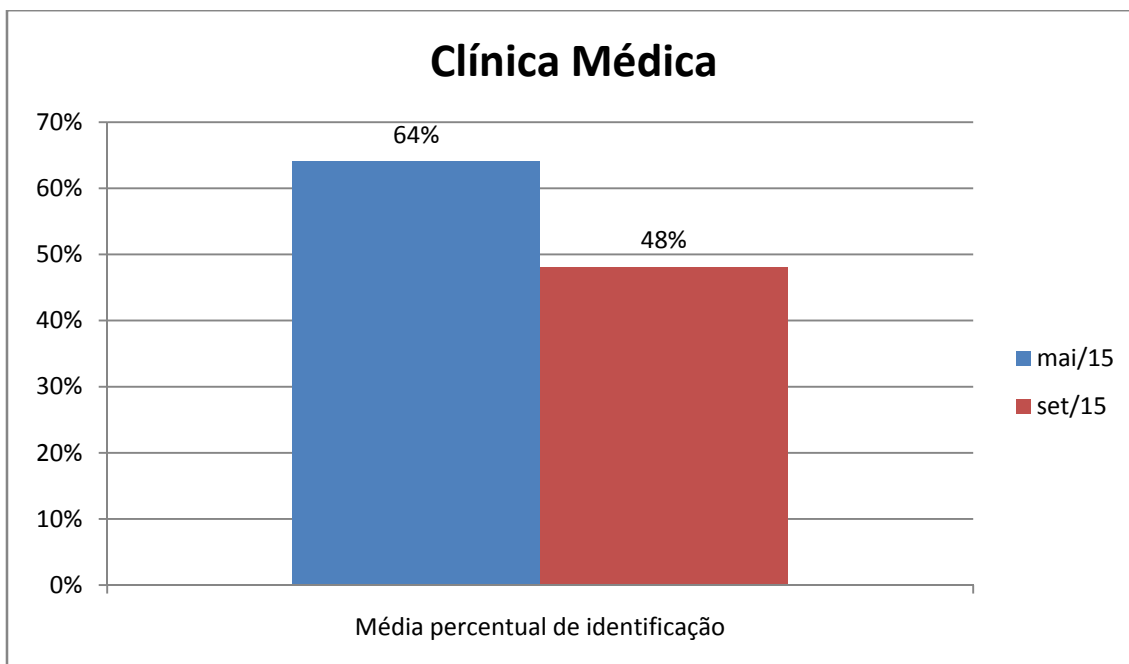
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os gráficos a seguir mostram a comparação dos dados das auditorias de maio e setembro de 2015, e foi organizado por setores onde as auditorias foram feitas. O primeiro gráfico de cada setor revela a comparação de cada uma das variáveis de identificação do paciente: placa de leito, pulseira, acesso venoso (AV), hidratação venosa (HV), sonda vesical de demora (SVD), Nutrição Enteral (NE); Sonda Nasogástrica (SNG); e Sonda Nasoenteral (SNE); Já o segundo gráfico foi feito uma média de cada indicador para obtenção da porcentagem de cada setor, e assim compará-lo com o semestre anterior.

Clínica Médica: É possível notar diminuição significativa nas variáveis: leito e pulseira. Porém, é possível notar melhoria da identificação nas variáveis: AV, HV e SNE. De acordo com o segundo gráfico, mesmo com a melhoria em três variáveis a média de identificação desse setor piorou com relação à auditoria feita no mês de maio pelo NSP: de 64% foi para 48%.

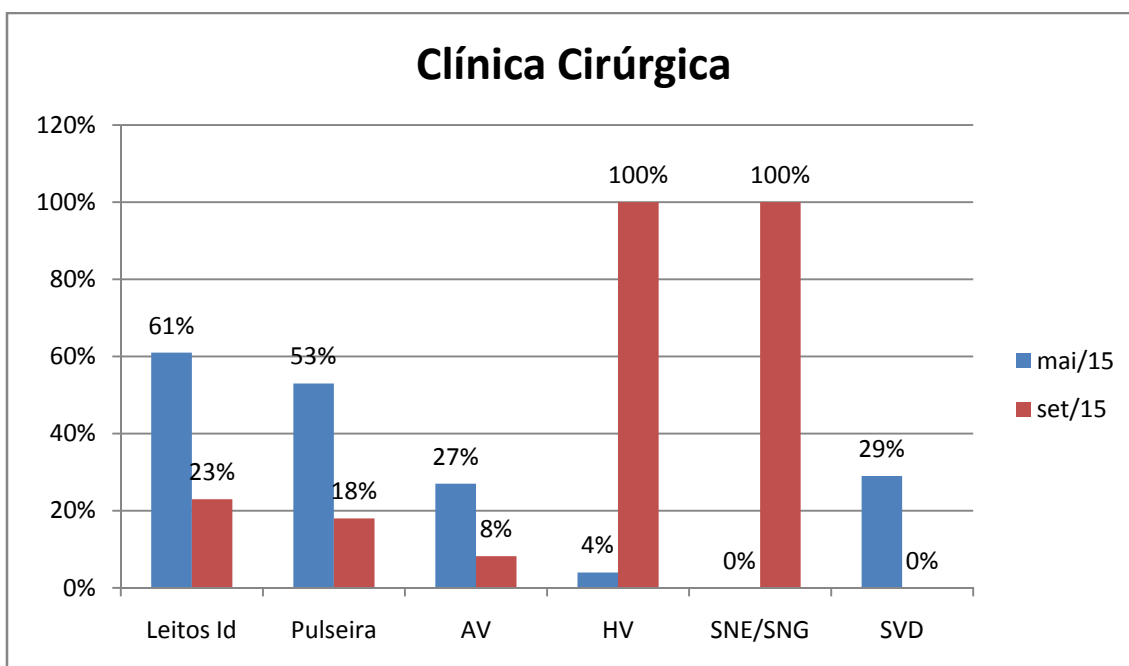


(Fonte: elaboração própria)

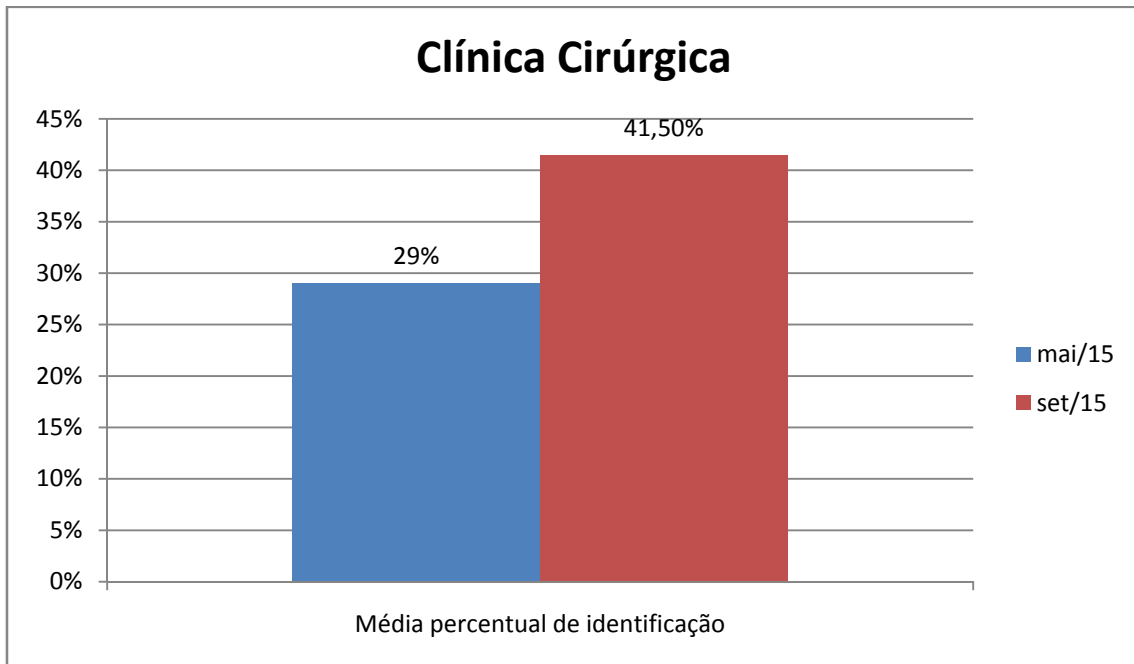


(Fonte: elaboração própria)

Clínica Cirúrgica: É possível notar uma queda da identificação nas variáveis: leito, pulseira, AV e SVD. Apenas nas variáveis HV e SNE houve melhoria, porém essa melhoria foi muito significativa para o setor, pois em ambas são de 100%. Exatamente por esse aumento significativo das duas variáveis o segundo gráfico nos mostra que a média de identificação do setor subiu de 29% para 41,5%.

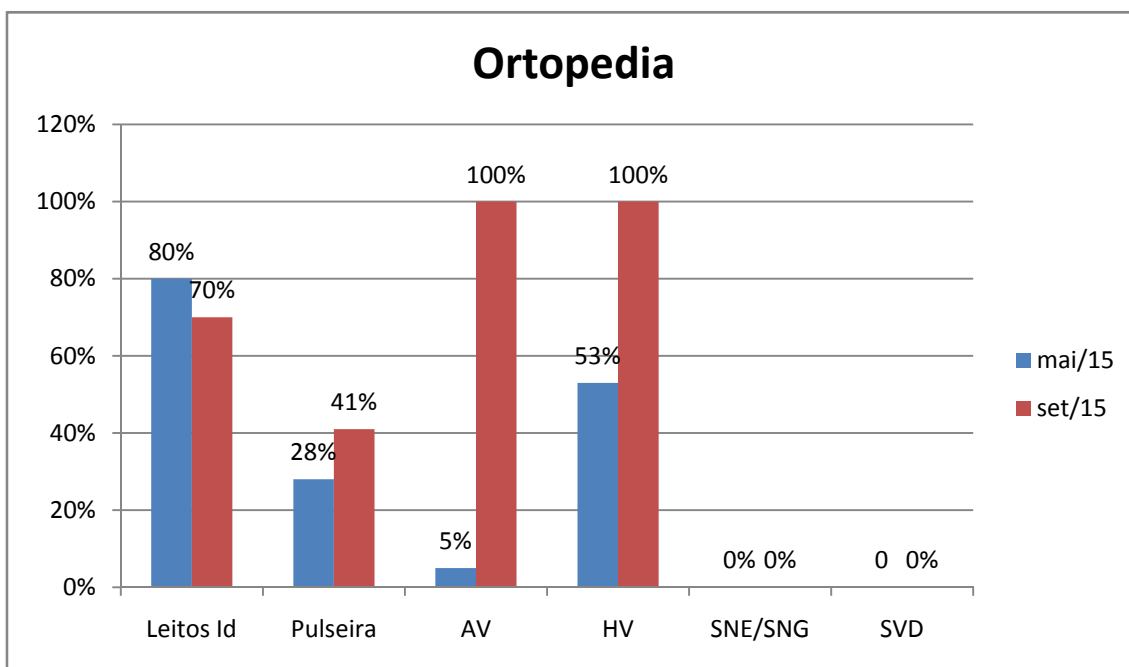


(Fonte: elaboração própria)

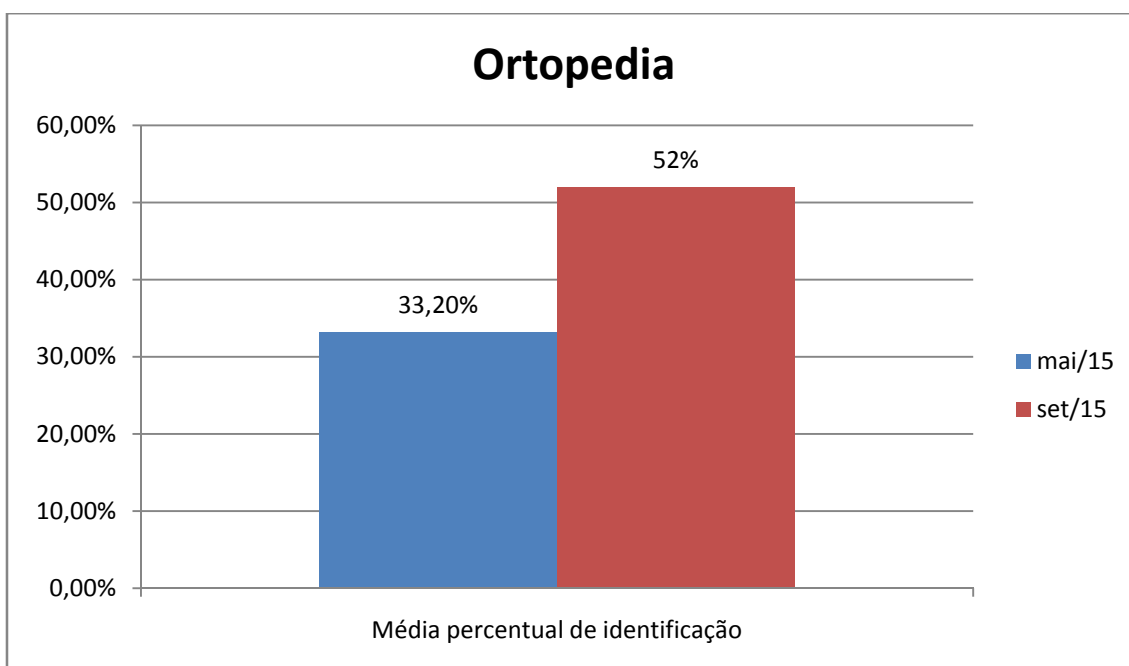


(Fonte:elaboração própria)

Ortopedia: Nota-se melhoria na identificação nas variáveis: pulseira, AV e HV, destacando que em AV e HV foram 100% identificados no mês de setembro. Porém, a variável leito teve uma diminuição de 10%. A partir disso, podemos ver pelo segundo gráfico que a média de identificação subiu de 33,2% em maio para 52% em setembro de 2015.

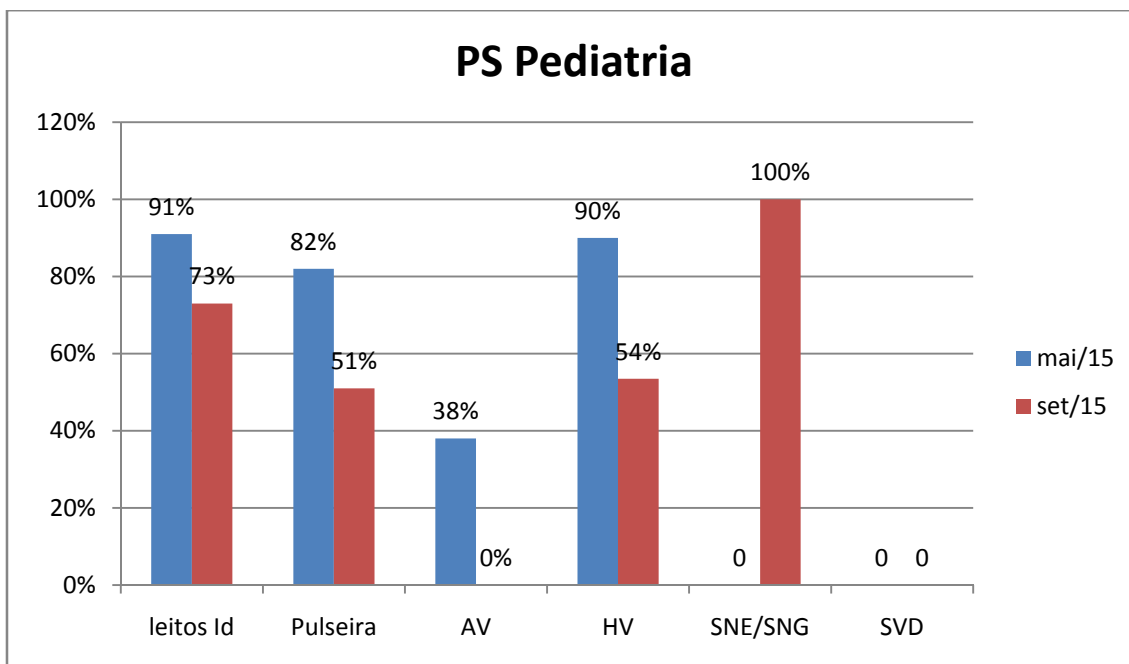


(Fonte: elaboração própria)

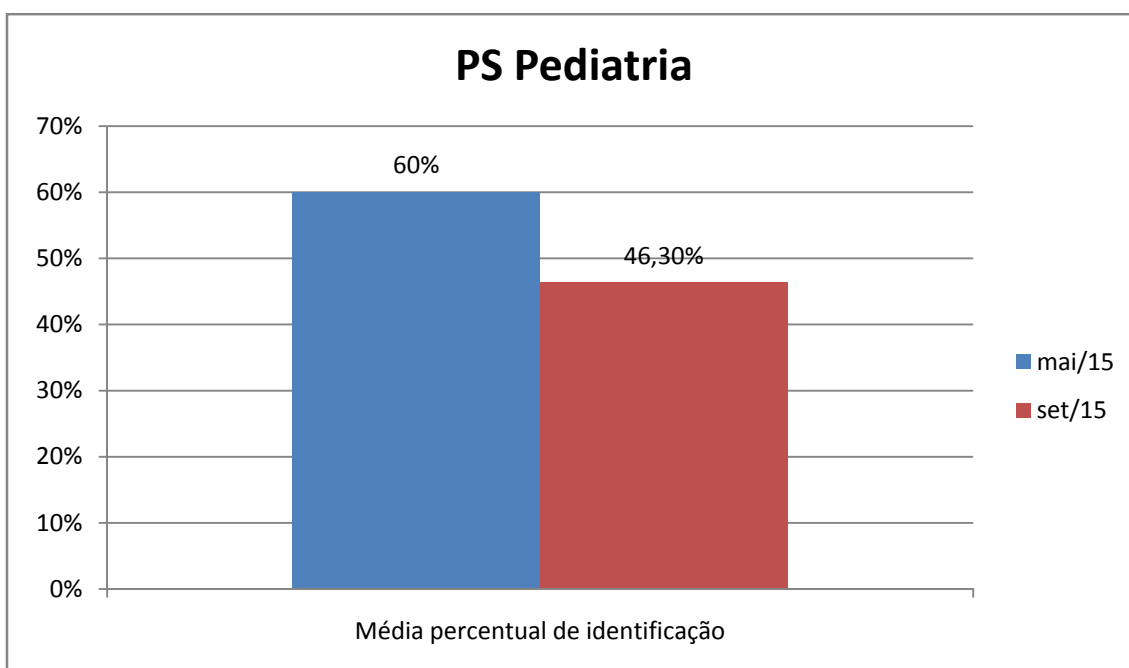


(Fonte: elaboração própria)

Pronto-Socorro da Pediatria: Nota-se diminuição da identificação na maioria das variáveis. Apenas na variável SNE/SNG ou Dieta, houve uma melhoria de 100%. Mesmo assim, o segundo gráfico mostra que a identificação nesse setor diminuiu de 60% para 46,3%.

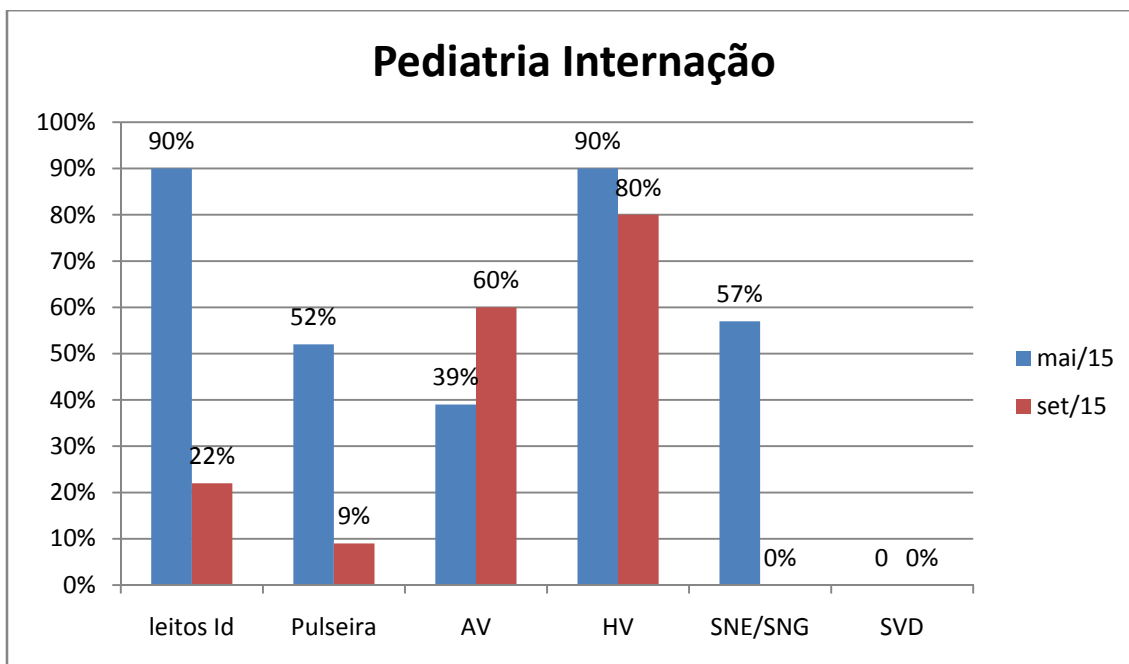


(Fonte: elaboração própria)

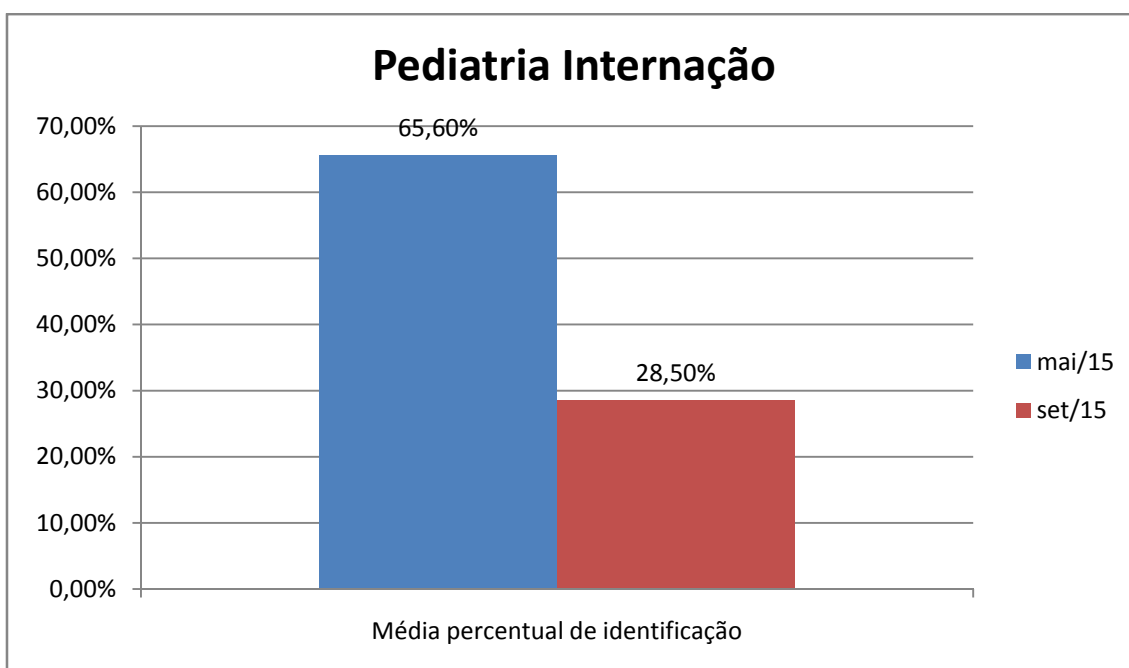


(Fonte: elaboração própria)

Pediatria Internação: Nota-se diminuição significativa em todas as variáveis presentes no indicador, e com isso, o segundo gráfico mostra uma redução da média do setor que caiu de 65,6% para 28,5%.

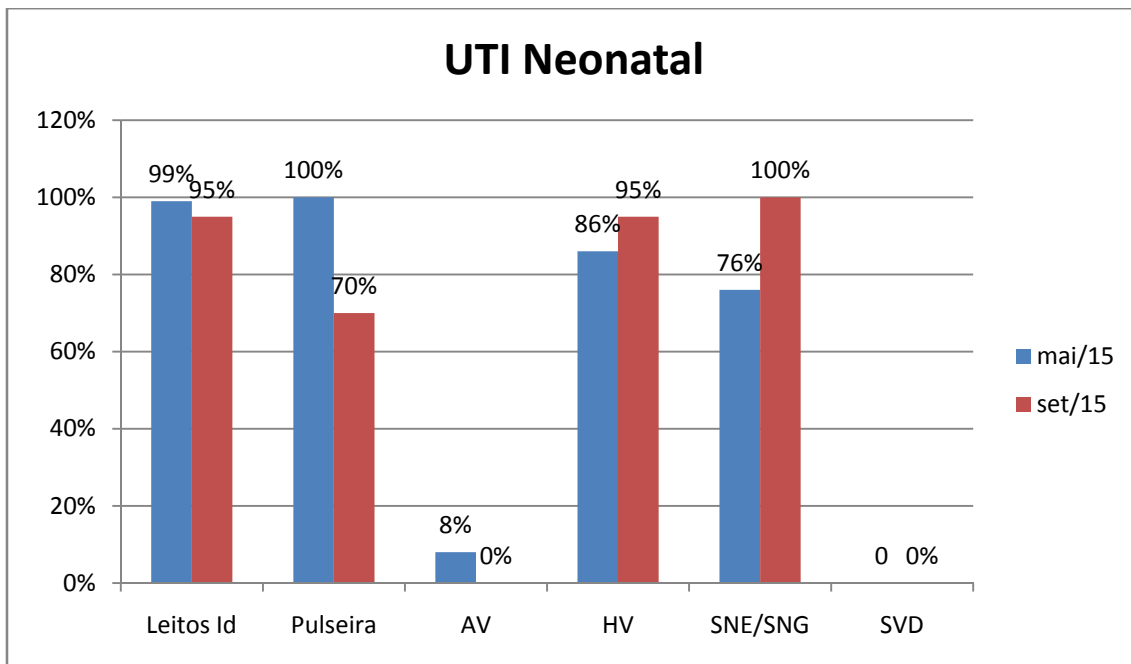


(Fonte: elaboração própria)

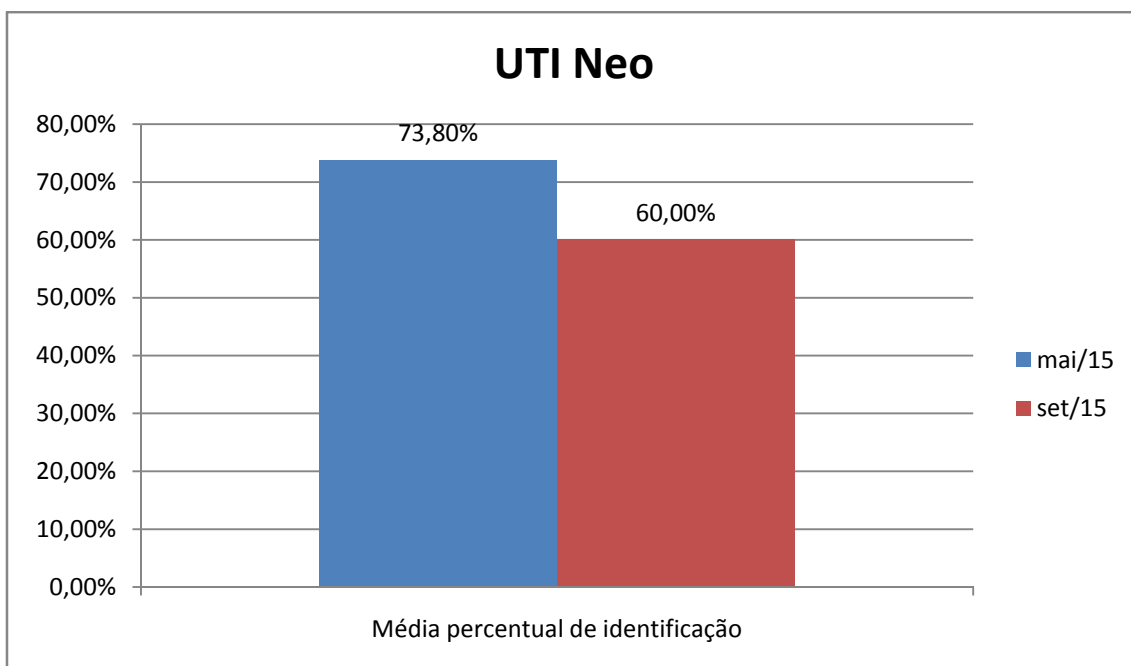


(Fonte: elaboração própria)

UTI Neonatal: Nota-se que em algumas variáveis houve uma pequena queda na identificação e em outros uma pequena melhora também. Com isso a média desse setor teve uma pequena diminuição de 73,8% para 60%, a principal causa foi a queda da utilização das pulseiras de identificação, como mostra o 1º gráfico.

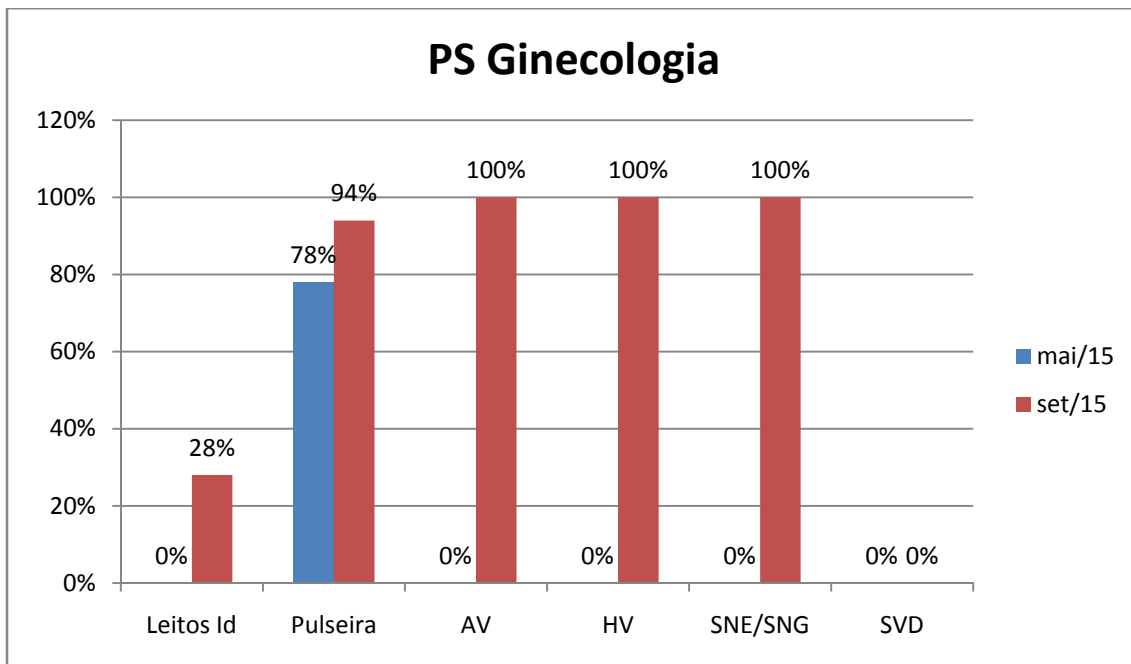


(Fonte: elaboração própria)

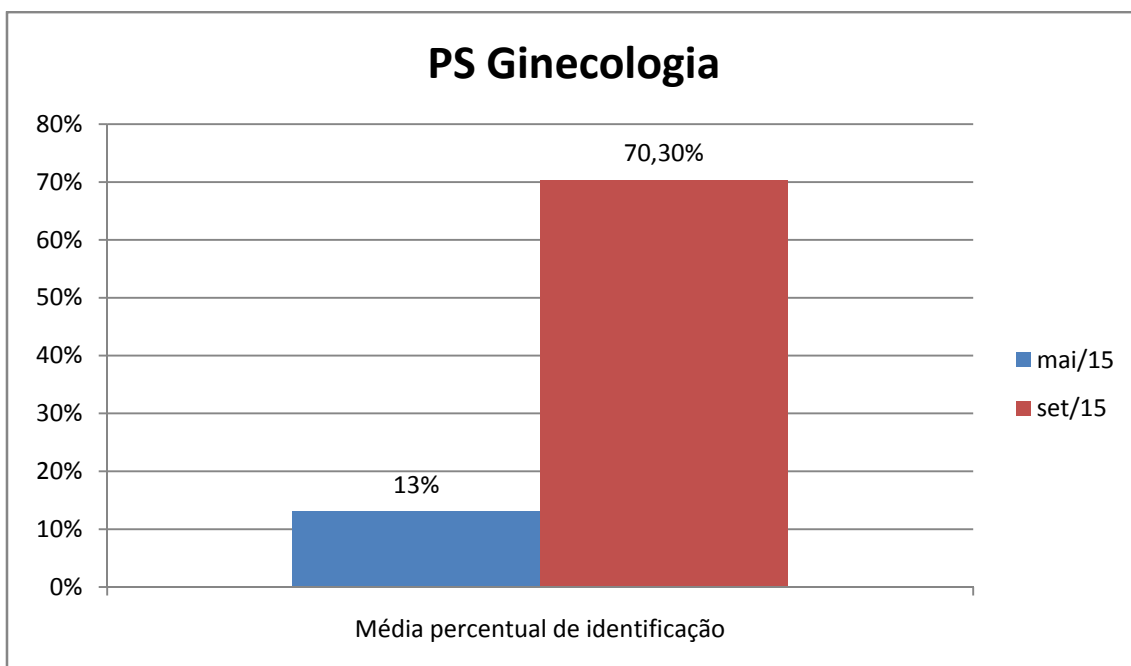


(Fonte: elaboração própria)

Pronto-Socorro da Ginecologia: Nesse setor podemos ver uma grande diferença na comparação dos dados coletados com os obtidos. A identificação que estava péssima com 13% em média foi para 70%, com variáveis 100% identificadas.

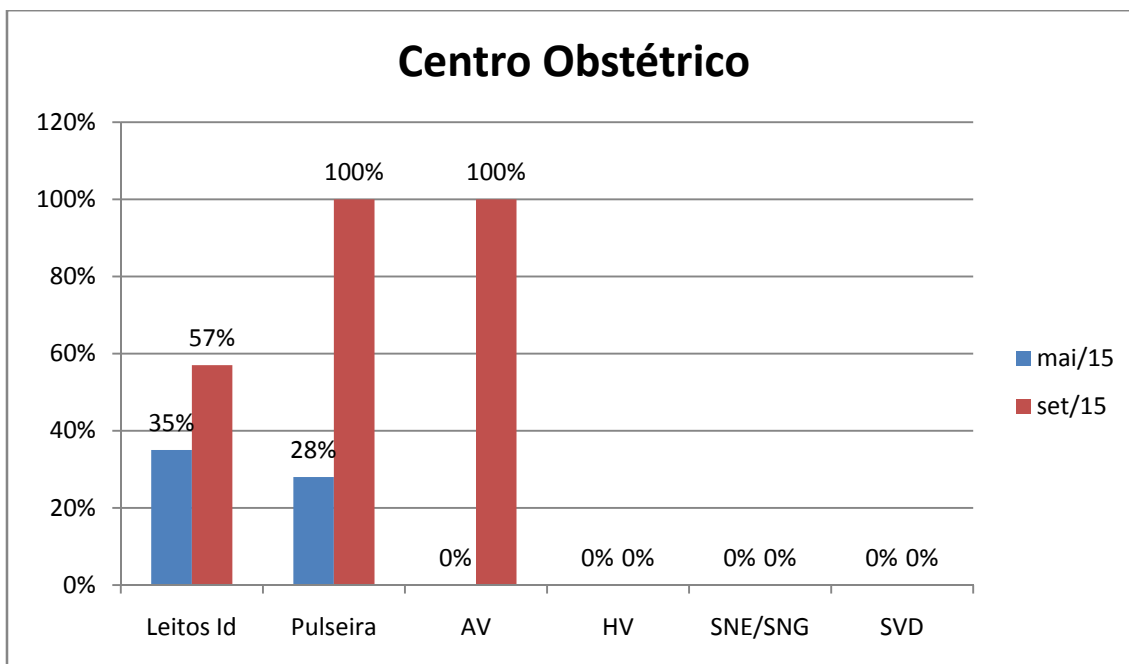


(Fonte: elaboração própria)

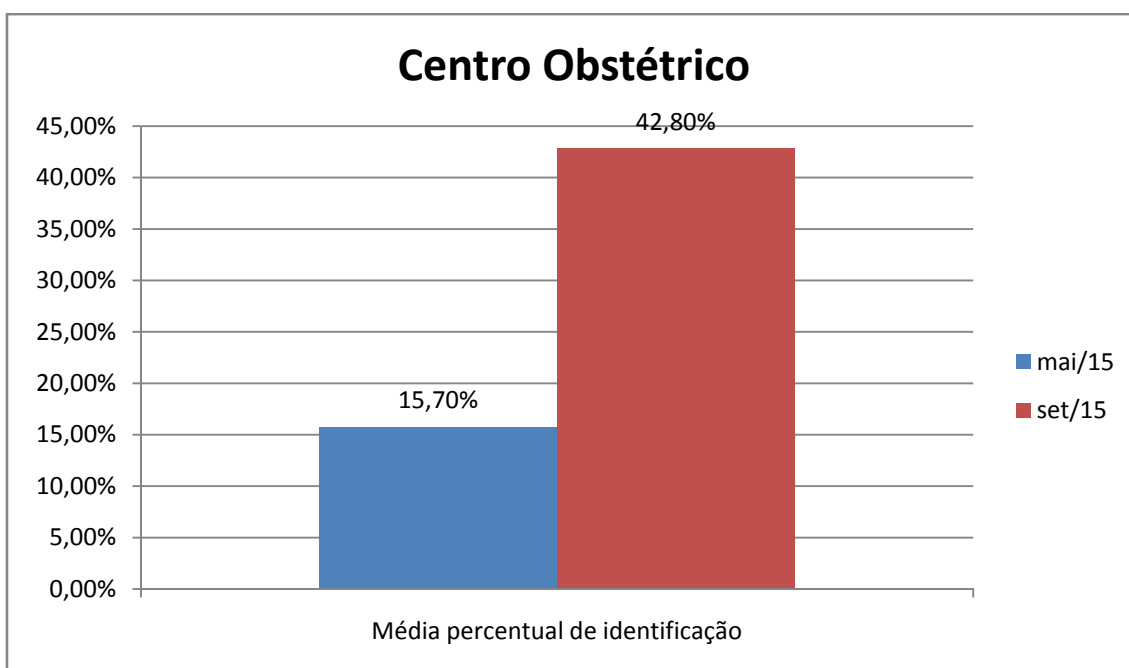


(Fonte: elaboração própria)

Centro Obstétrico: Nota-se aumento da identificação em todas as variáveis. Destaca-se que 100% dos pacientes estavam com pulseiras de identificação. Com isso, o segundo gráfico nos mostra que a média de identificação do setor foi de 15,7% para 42,8%.

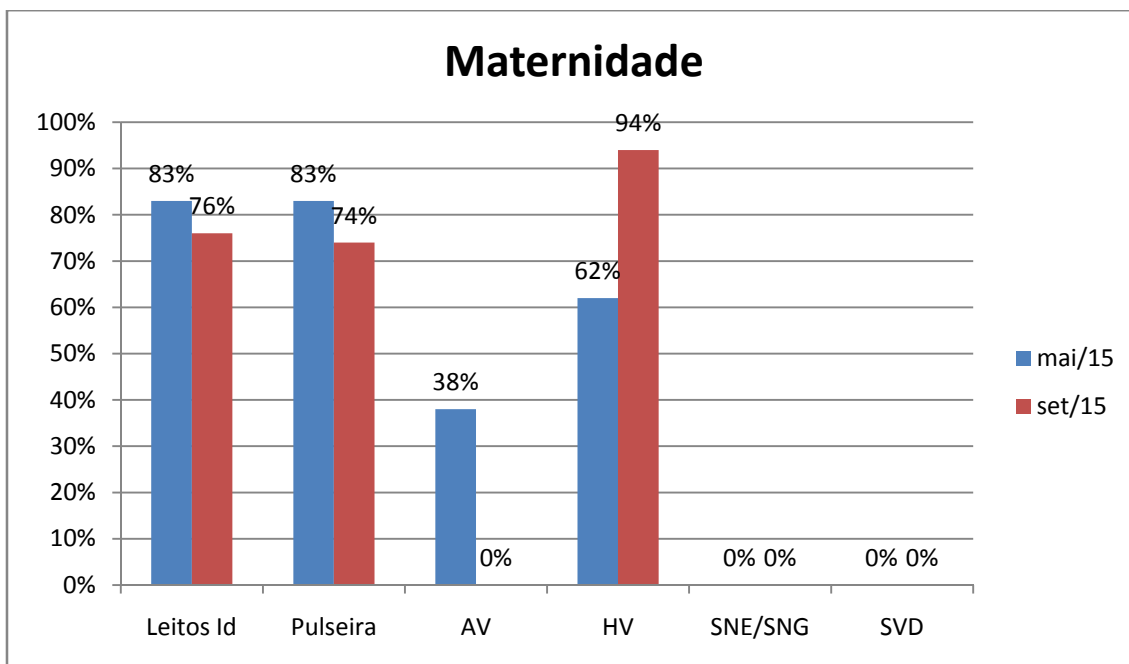


(Fonte: elaboração própria)

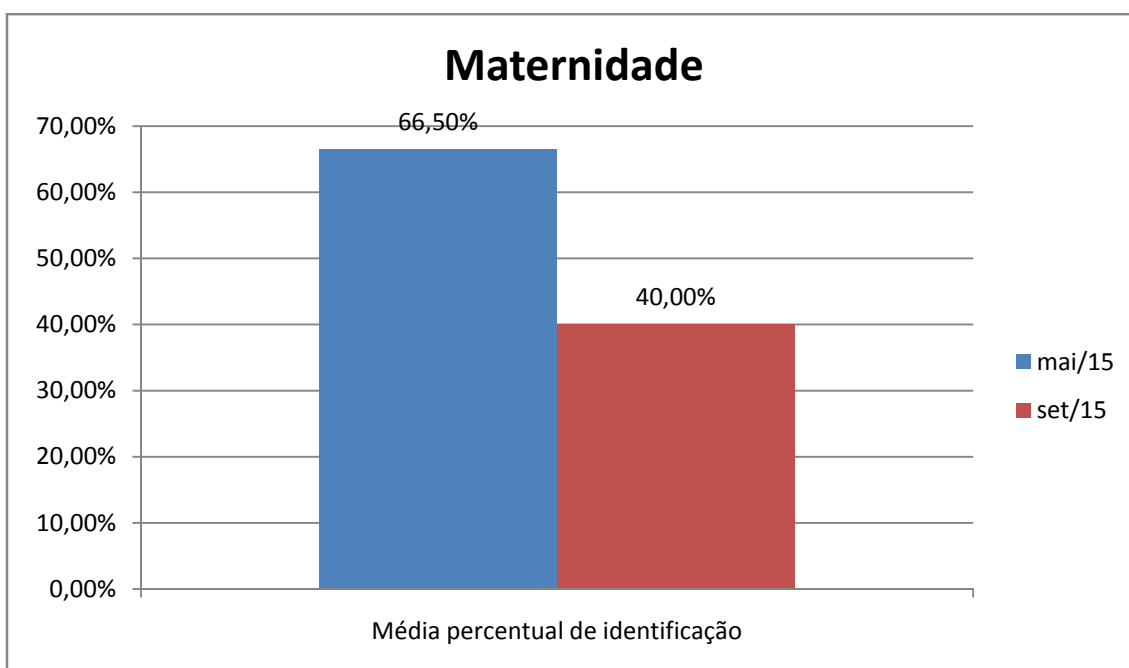


(Fonte: elaboração própria)

Maternidade: Nesse setor, nota-se uma pequena diminuição da identificação das variáveis Leito e Pulseira; Na variável AV houve uma redução total da identificação; Já na HV a identificação melhorou, mas isso não foi suficiente, pois a média de identificação caiu de 66% para 40%, como mostra o segundo gráfico.

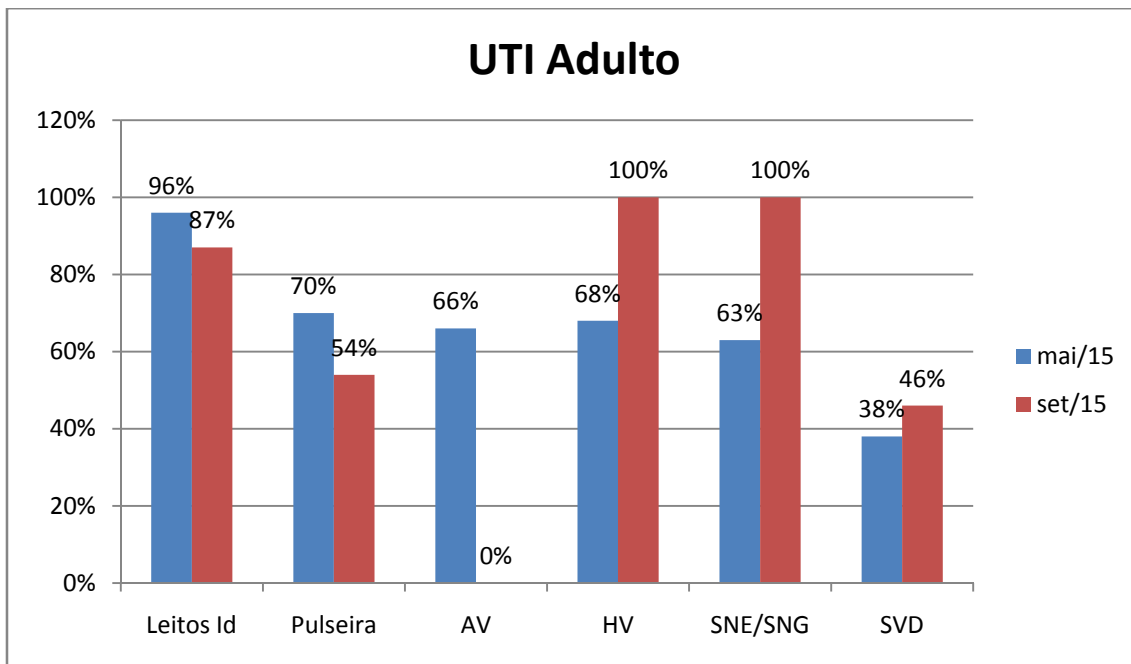


(Fonte: elaboração própria)

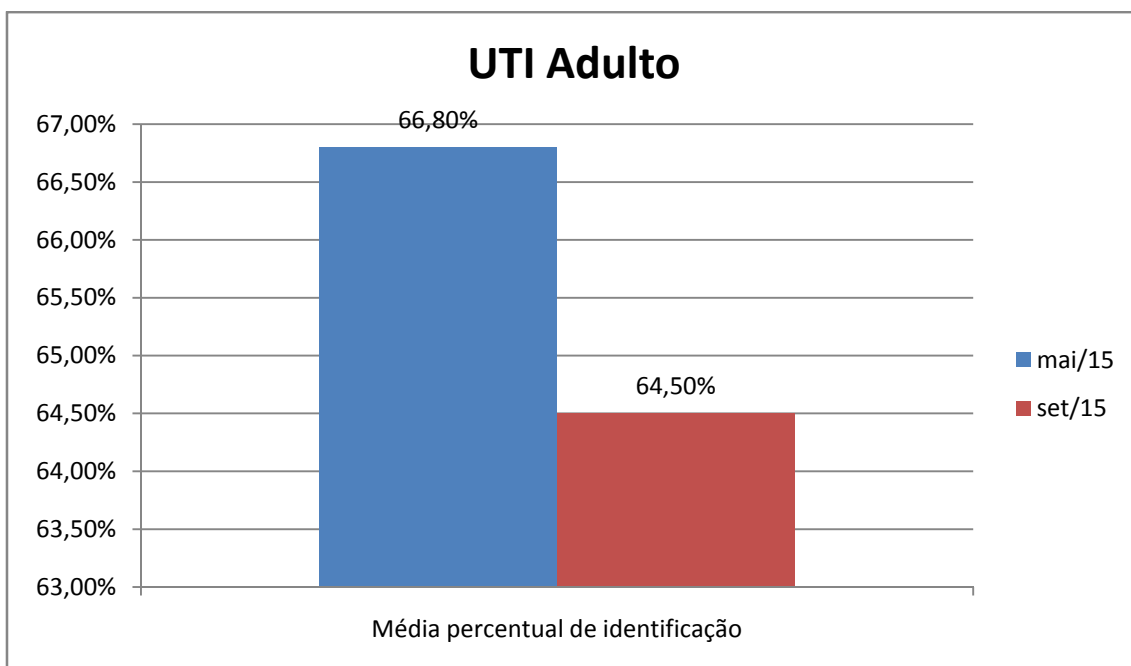


(Fonte: elaboração própria)

UTI Adulto: Nota-se diminuição nas variáveis: leitos, pulseira, AV; mas, nota-se aumento em outras três variáveis: HV, SNE e SVD; Por isso, a média de identificação no setor diminuiu, de 66% para 64%.

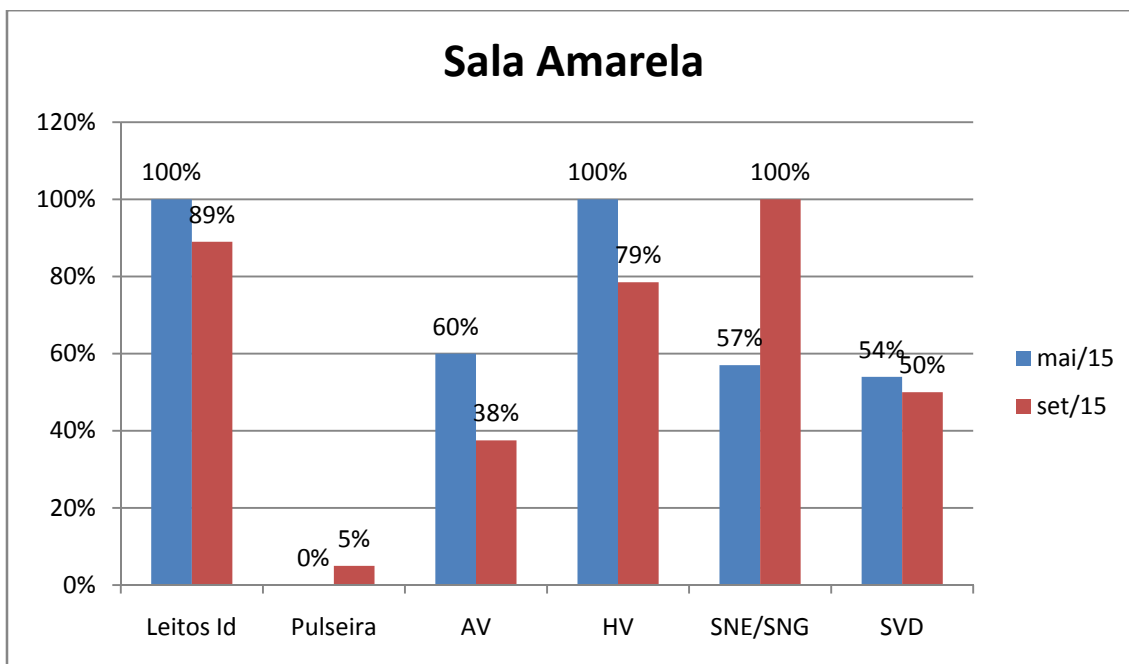


(Fonte: elaboração própria)

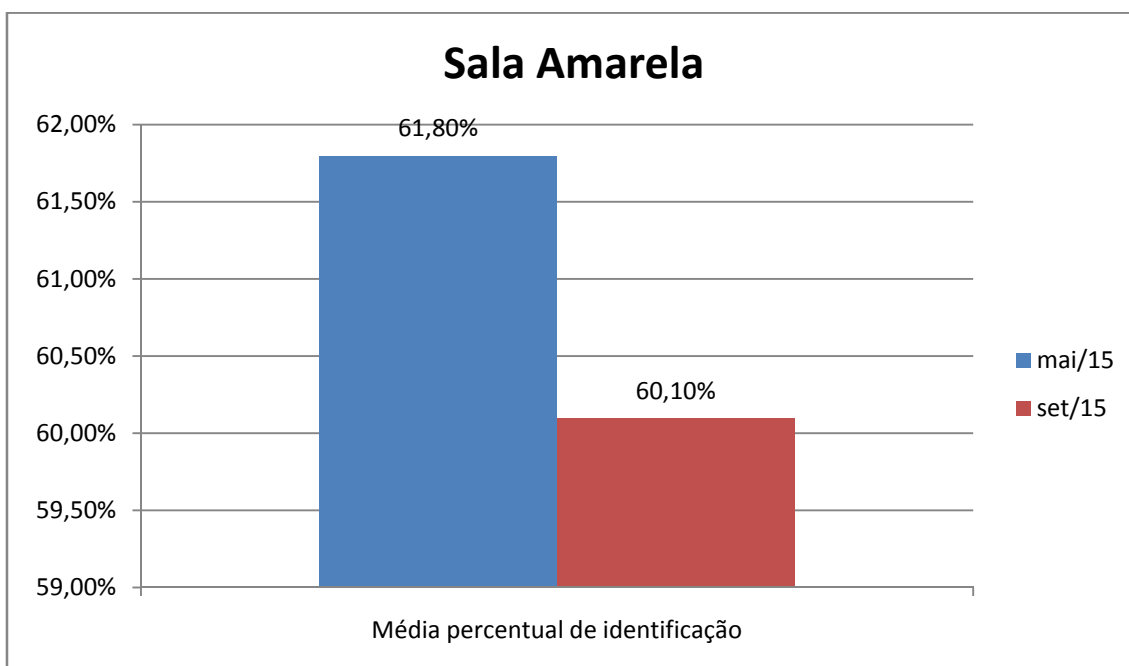


(Fonte: elaboração própria)

Sala Amarela: Nota-se diminuição na maioria das variáveis, apenas o uso da pulseira subiu pouco, e a identificação de SNE e dietas. Quanto a média do setor, houve uma pequena diminuição de 61% para 60%.

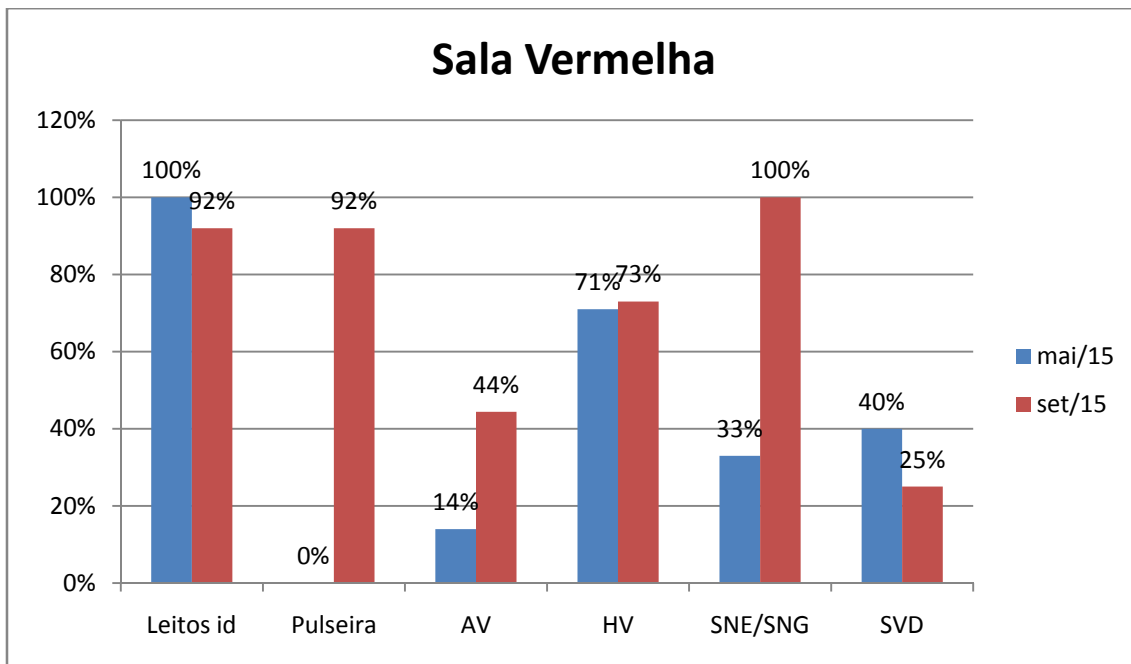


(Fonte: elaboração própria)

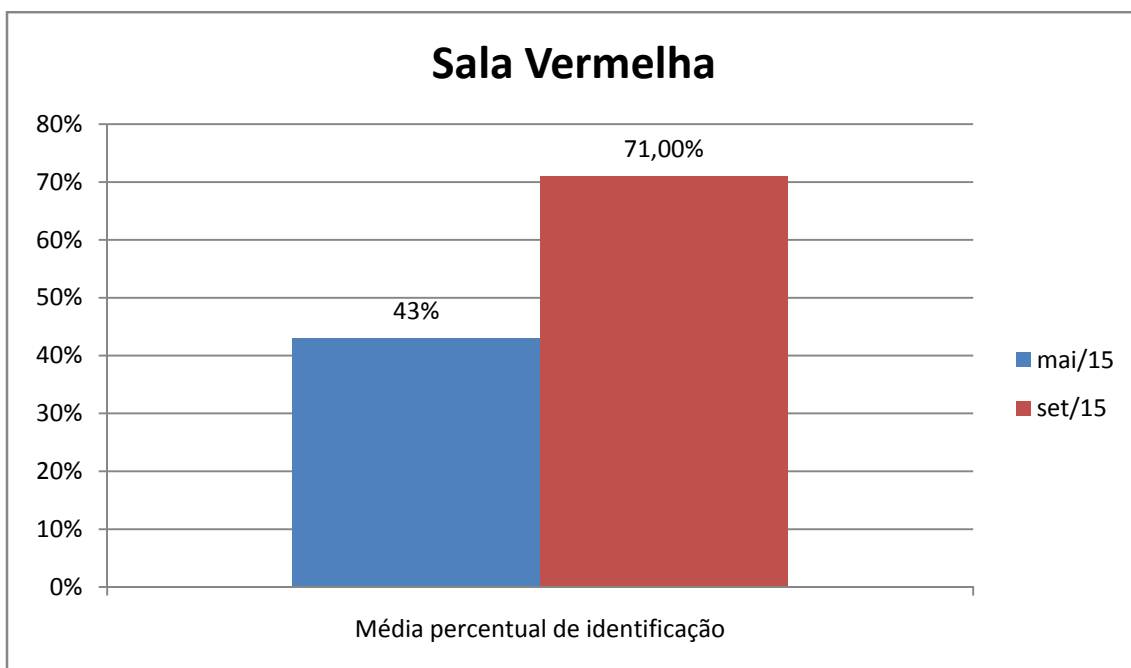


(Fonte: elaboração própria)

Sala Vermelha: Nota-se aumento na maioria das variáveis. Destaca-se o aumento significativo do uso de pulseiras, que no semestre anterior era nulo, já nesse semestre o uso foi para 92%. Com isso, a média do setor melhorou de 43% para 71%.

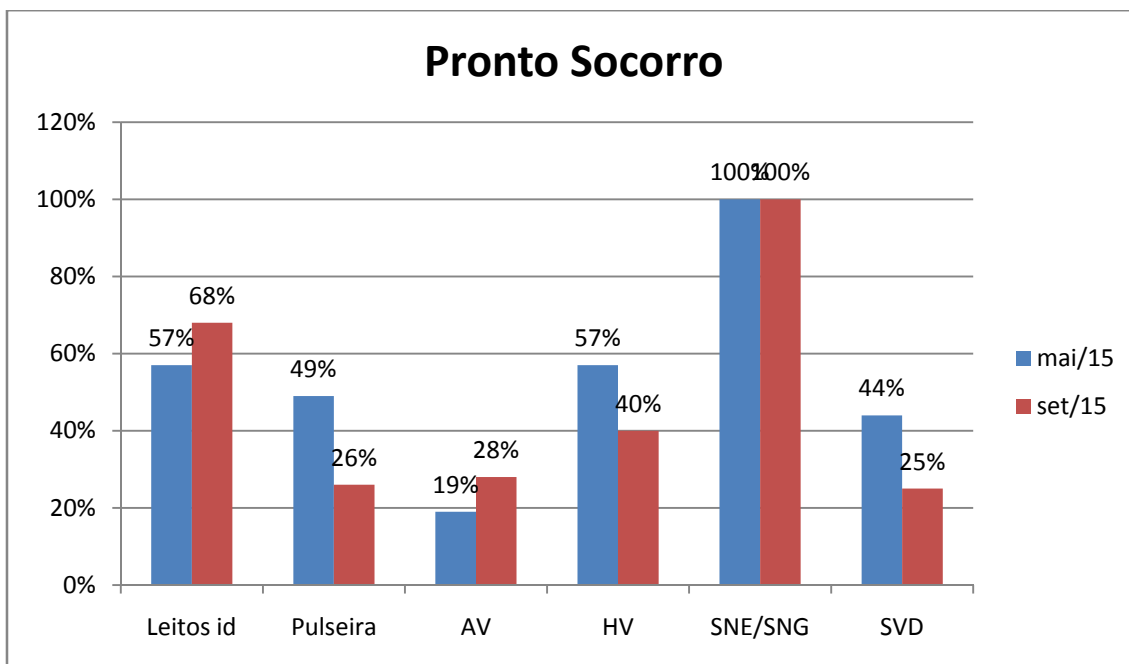


(Fonte: elaboração própria)

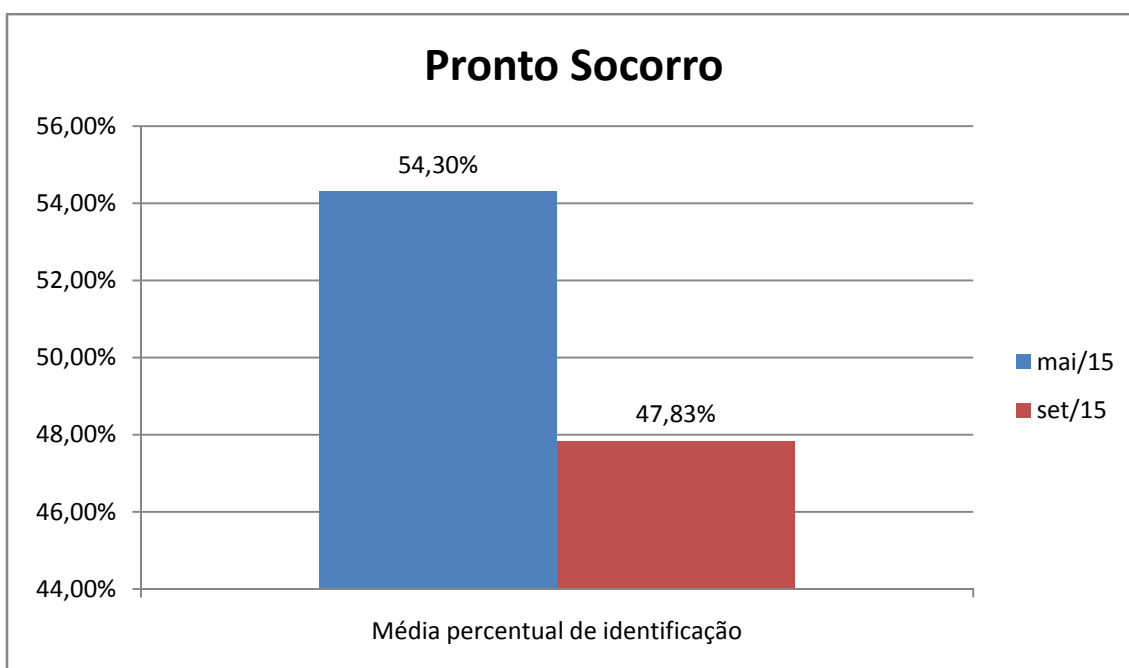


(Fonte: elaboração própria)

Pronto Socorro: Nesse setor, em três variáveis vemos uma pequena queda de identificação: Pulseira, HV e SVD; Já em Leitos, e AV vemos uma melhora. A média de identificação caiu de 54% para 47%.



(Fonte: elaboração própria)

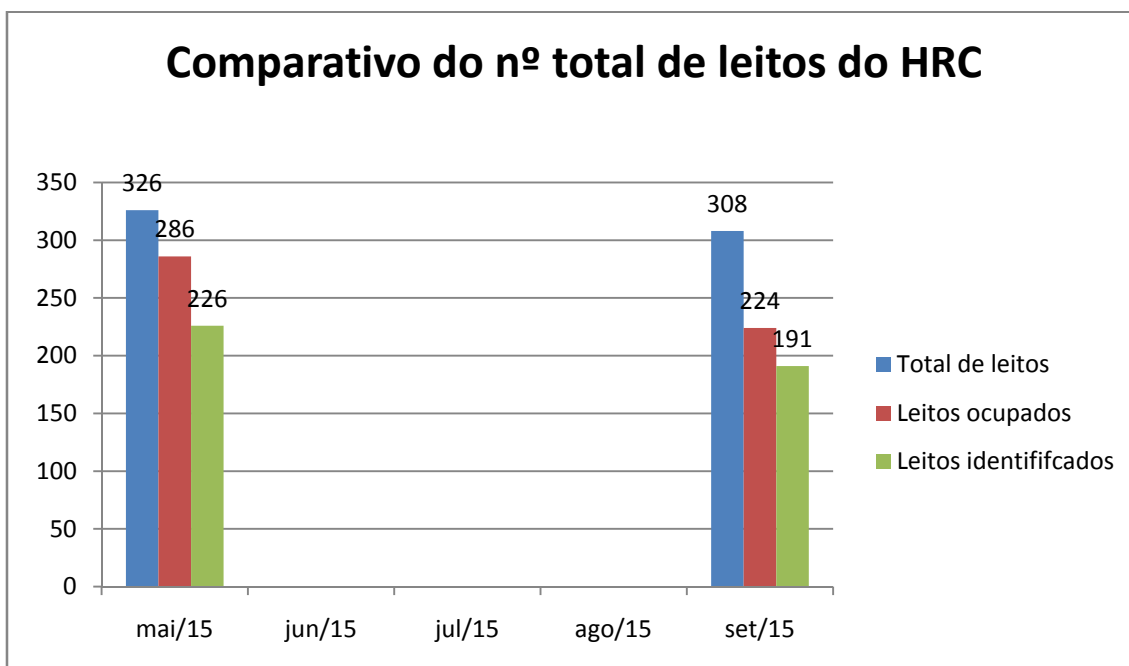


(Fonte: elaboração própria)

Auditorias para avaliar a identificação do paciente são muito importantes, pois podemos comparar dados, discuti-los e até mesmo propor mudanças para uma melhor implementação de determinado POP. Em meio a isso, é importante também, entender o contexto em que o hospital se encontra no momento dessas auditorias. No caso do HRC o contexto político/social mudou

muito do primeiro semestre, onde foi realizada a primeira auditoria, para o segundo semestre, na realização da segunda. O novo cenário dificulta a implementação do núcleo, e seguidamente da meta 1 de segurança do paciente.

Com base no gráfico a seguir do comparativo do nº total de leitos do HRC, podemos observar que há uma redução, tanto no nº de leitos disponíveis, quanto o nº de leitos ocupados: em maio havia 326 leitos disponíveis, já em setembro 308, isso representa uma diminuição de 5,5% de leitos disponíveis no HRC; quanto aos leitos ocupados que em maio eram 286, e em setembro esse número cai para 224 leitos, representa uma diminuição de 21,6% de ocupação dos leitos no HRC em apenas um semestre. Esse dado nos mostra que o nº de paciente/dia do HRC no segundo semestre inevitavelmente seria um nº menor que o semestre anterior, pelo fato da disponibilização dos leitos apresentarem redução. Logo, a probabilidade da identificação do paciente subir seria maior pelo fato da redução de pacientes hospitalizados no período.

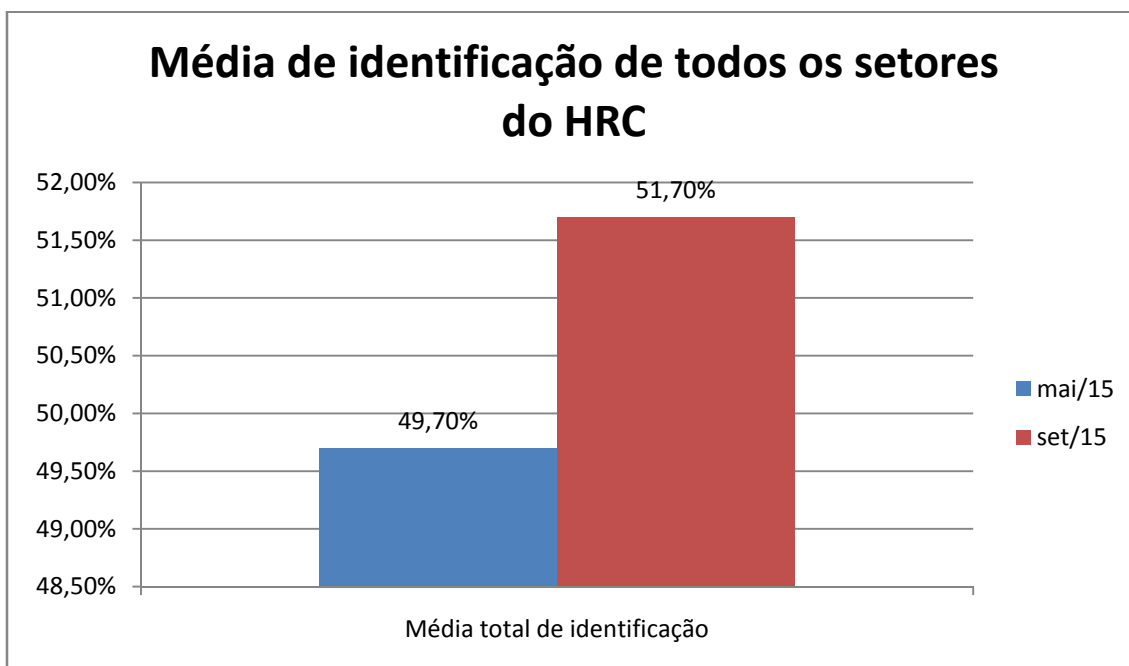


(Fonte: elaboração própria)

O motivo principal para a redução dos leitos tendo como base a conversa com os gestores do NQHSP consistiu na mudança político/social que contou com uma greve de profissionais técnicos de enfermagem, e ainda, cortes de gastos não esperados na maioria dos setores. Essa realidade

dificultou a implementação da meta 1 de segurança do paciente pelo núcleo. Pudemos notar esses cortes nas auditorias feitas nos setores, onde muitas vezes até o papel para impressão da identificação do leito estava em falta, assim como muitas impressoras estavam quebradas e a pulseira de identificação não era suficiente para o número de pacientes. Sem o apoio da sociedade/política a implementação de qualquer projeto, pode-se tornar insustentável e/ou inviável.

Porém, apesar das severas dificuldades fundamentadas pela redução de leitos, o HRC conseguiu no geral manter o percentual de identificação do paciente no HRC, como nos mostra o próximo gráfico de média de identificação de todos os setores. É com base nos resultados obtidos e na comparação feita com os dados coletados pelo núcleo do HRC, que podemos observar a melhora da identificação do paciente, de 49,7% em maio para 51,7% em setembro. Entretanto, essa melhoria não é significativa pelo motivo da redução de leitos no HRC.



(Fonte: elaboração própria)

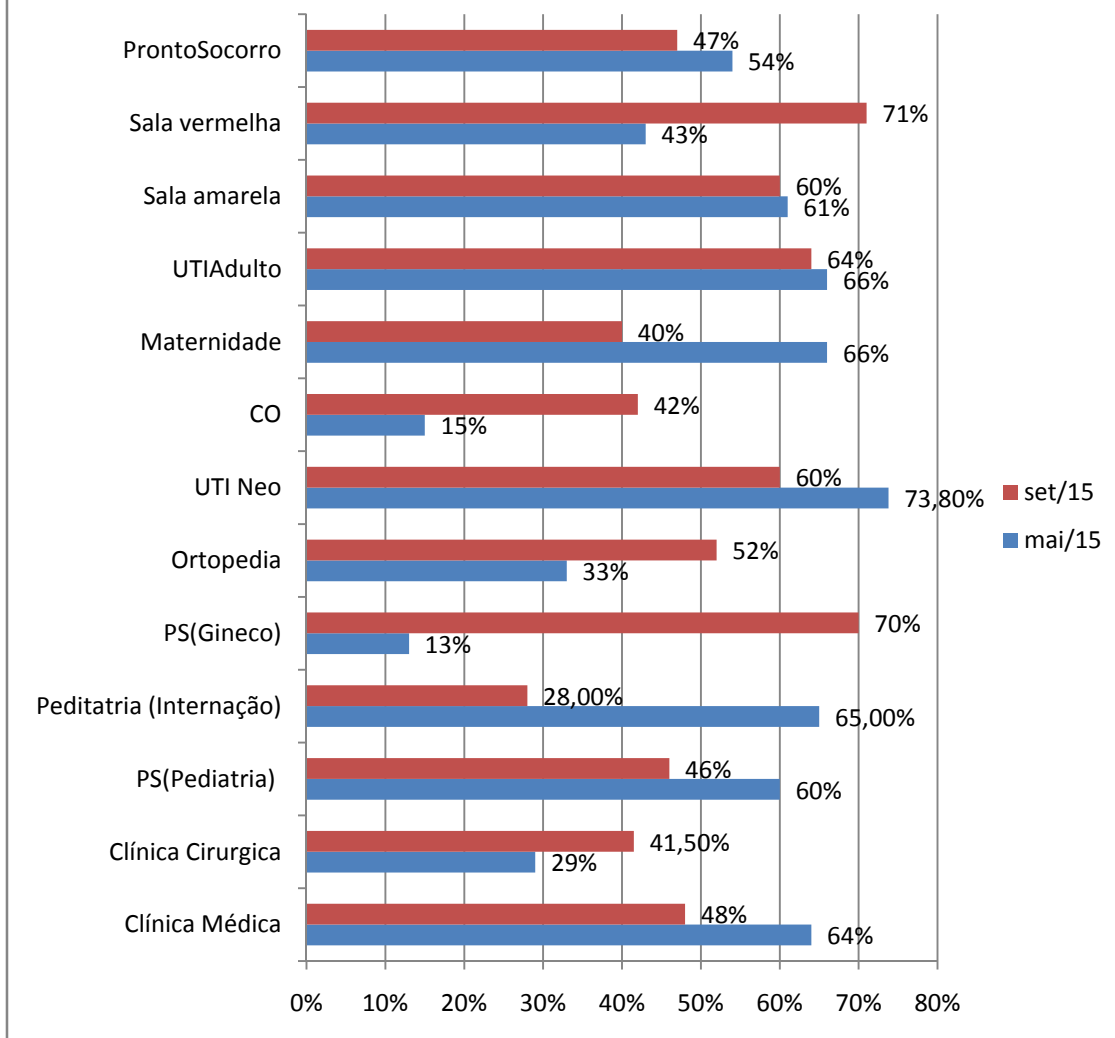
Visto que houve uma melhoria na identificação do paciente no HRC, é necessário saber os pontos norteadores dessa melhoria, e se de fato a mudança foi efetiva para o hospital. Sendo assim, são três os setores cujos dados contribuíram mais para a melhoria, são: Centro Obstétrico, Pronto

Socorro da Ginecologia e Sala Vermelha; Nestes setores, a identificação do paciente na primeira auditoria realizada foi muito baixa, e até mesmo nula em algumas variáveis. Já na segunda auditoria essas variáveis que estavam nulas chegaram ao alto de 100% em algumas variáveis.

Sabendo disso, e sabendo também que ao final da auditoria realizada em maio os gestores no NQHSP propuseram uma reunião geral com todos os chefes de enfermagem de cada setor, onde apresentaram os resultados obtidos e principalmente reforçaram a importância da identificação correta do paciente aos chefes de enfermagem daqueles setores que mais estavam defasados, podemos concluir que essa mudança se deu por esse estímulo. Por outro lado, alguns setores que apresentaram bons resultados na primeira auditoria não mantiveram os mesmos, são eles: pediatria (PS e internação), maternidade e clínica médica; Por isso, é importante não só reforçar aos setores defasados, mas, elogiar e motivar aqueles que estão bem identificados.

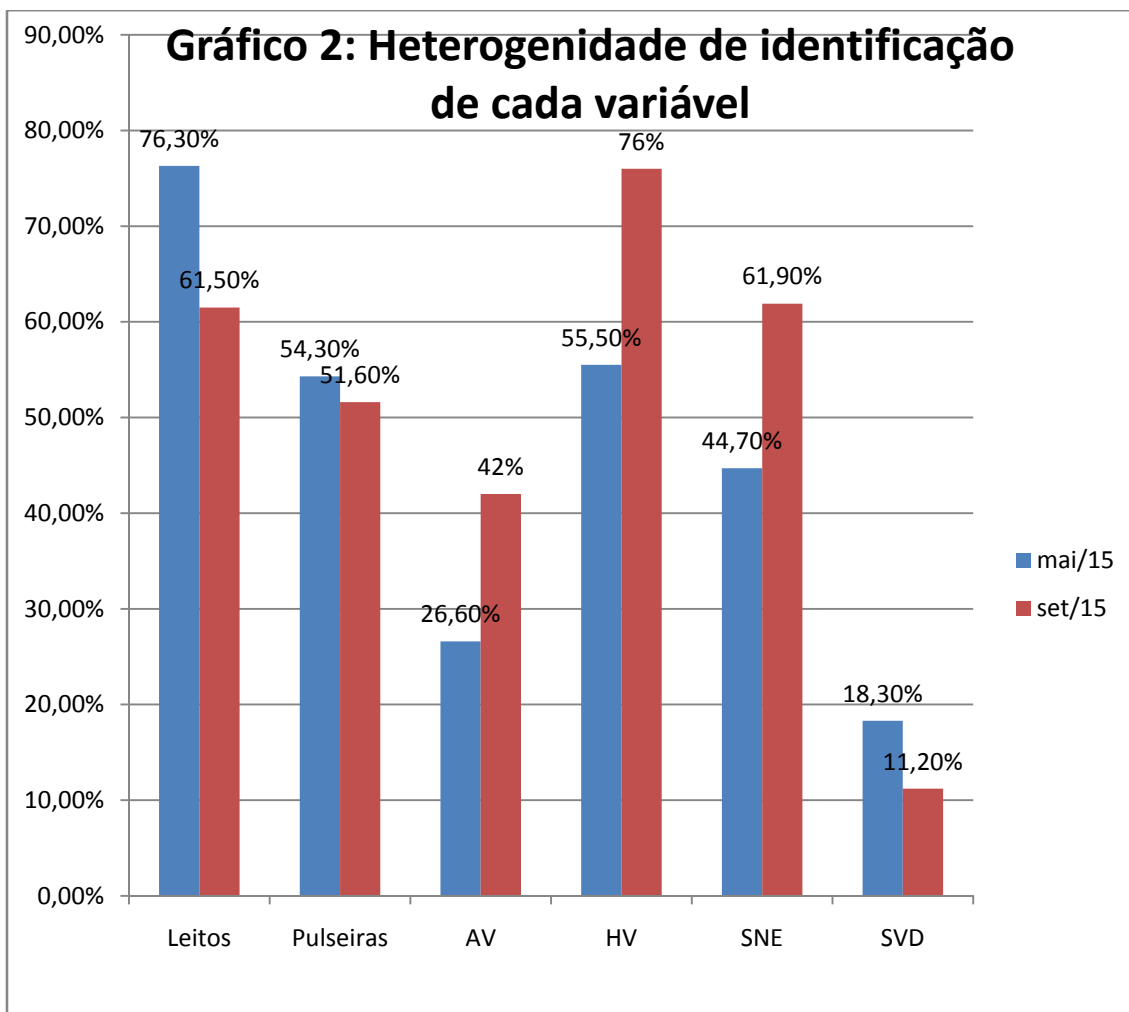
Observando ainda a média de identificação dos setores visitados, vemos que há uma dificuldade de análise dos dados, devido principalmente a grande heterogeneidade dos setores. É nítido que não há a comunicação que deveria ter entre os setores, e principalmente, entre os gerentes de cada setor. Isto nos atenta a um dispositivo importante do Sistema Único de Saúde (SUS), chamado Colegiado de Gestão. Que de acordo com Gastão funcionaria como: Colegiado encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho; avaliando-os periodicamente. Cumprindo a função integradora, articulando ideias e eixos. (CAMPOS, 1998) Se assim fosse, os gerentes de cada setor se reuniriam para discutir assuntos como a identificação correta do paciente, provocando homogeneidade nos setores.

Gráfico 1: Heterogeneidade da identificação entre os setores



(Fonte: elaboração própria)

Foi calculada a média de cada variável de identificação juntando todos os setores e a partir do gráfico dessas médias (Gráfico 2) pode-se perceber a heterogeneidade nas formas de identificação, ou seja, nas variáveis presentes no indicador. Não há como definir qual variável é **priorizada de forma contínua** na identificação do paciente no HRC, pois, a diferença de identificação entre elas comparando as duas auditorias é muito grande.



(Fonte: elaboração própria)

As heterogeneidades tanto por serviço quanto por variável de identificação poderiam também ser explicadas por se tratar de um programa muito recente na Regional e numa fase ainda incipiente de implementação.

Considerando esse cenário, e analisando os resultados discutimos com a equipe de segurança do paciente do HRC, que conta apenas com dois profissionais, maneiras de implementação da meta 1, com a esperança que uma nova auditoria seja efetuada no próximo ano de 2016, e com ela os resultados possam mostrar uma mudança significativa na realidade do HRC. Nessa conversa, tentamos identificar estratégias para fortalecimento do uso da identificação como preconiza o PNSP.

Ambos os profissionais do núcleo são especializados em Gestão de Qualidade Hospitalar e Segurança do Paciente – pela Fiocruz, e ainda um

deles é especializado em Saúde Coletiva – pela IBE. É notável o empoderamento no trabalho, pois são formuladores, e executores do trabalho, possuindo autonomia e capacidade de análise e intervenção. Porém, os gestores não consideram o reconhecimento necessário do NQHSP por parte dos profissionais.

O vínculo com o núcleo partiu de um convite do hospital, e o objetivo principal visto por eles é implementar uma cultura de segurança capaz de mitigar, ou até mesmo, eliminar a possibilidade de erros evitáveis. O núcleo cita que antes da implantação do NQHSP no HRC, a identificação do paciente muitas vezes nem era realizada. A identificação é mais que uma questão de segurança, mas também é uma relação de respeito à dignidade humana. O paciente se sente seguro e respeitado quando o chamamos pelo nome e não pelo número do leito. Como destaca a Política Nacional de Humanização, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2015A)

Conforme o Eixo 2 do PNSP: Envolvimento do cidadão na sua segurança, a maior parte dos pacientes não conhecem seus direitos, e os que conhecem muitas vezes não são reconhecidos pelos profissionais de saúde. Raros são os estabelecimentos de saúde que preparam seus profissionais para informar ao paciente e seus familiares que um erro foi cometido. Envolve uma grande mudança de cultura dos estabelecimentos de Saúde. (BRASIL, 2013C)

A partir desse eixo do PNSP, e com a PNH, uma das estratégias para essa melhoria dos indicadores é a sensibilização, não só dos profissionais, mas também dos próprios pacientes, os fazendo entender a importância dessa identificação correta. O paciente também pode contribuir de maneira positiva.

Ele precisa ser informado a respeito da importância da identificar de maneira correta.

A estratégia de sensibilização está em desenvolvimento, porém, consiste em divulgar melhor os trabalhos do NQHSP, e principalmente, a cultura de segurança do paciente dentro do hospital na porta de entrada do mesmo. Um banner com informações básicas em relação ao NQHSP e segurança do paciente será utilizado, e a equipe do núcleo irá até a porta de entrada do serviço, buscando explicar aos próprios usuários e seus familiares a importância de uma identificação correta, identificar corretamente os pacientes faz parte de humanizar o serviço, pois, mesmo sendo um processo igual para todos ele trás singularidades aos pacientes, mostrando que o cuidado é pessoal e único para cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sanitarista possui um papel importante nesse processo, os profissionais do núcleo reconhecem esse diferencial. A parceria entre a UnB e o NQHSP – HRC com certeza irá render muitos frutos. Os alunos de hoje serão os profissionais que irão contribuir na formulação de estratégias ainda melhores para implementação das metas básicas de segurança do paciente.

O resultado desta pesquisa foi positivo, porém, existem dados que dificultam a compreensão e análise dos mesmos. Por isso, é de suma importância saber o porquê acontece tal variação na identificação dos setores, e também na identificação das variáveis. Seria interessante um estudo aprofundado nessa mesma linha de pesquisa por outros estudantes que se interessem pela área.

Por último, reiteramos a contribuição da pesquisa para o Hospital Regional de Ceilândia. Através dela podem-se saber os setores em que a identificação está correta e os setores em que a identificação não está sendo efetuada como deveria. O papel desse mecanismo de auditorias feito semestralmente deve continuar sendo feito, e reuniões com chefes de cada setor também devem ser realizadas. A fim de mostrar que em meio à mesma realidade, existem setores mais identificados que outros.

Também é de suma importância evidenciar e elogiar aqueles que conseguiram uma identificação correta no setor, acima de 70%. E assim, espera-se que os outros setores se espelham e busquem melhorar a identificação correta do paciente no HRC. Não basta que os profissionais do NSP possuam interesse na temática, saibam a importância de uma cultura de segurança. Mas, os profissionais envolvidos no processo de cuidado devem saber sobre o risco de o erro atingir o paciente, e ainda, o usuário deve ser informado sobre sua segurança.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Edmundo Soares. **Relato de experiência no processo de implementação das 6 metas básicas de segurança do paciente no Hospital Regional de Ceilândia – SES/DF**. Fiocruz. Brasília. 2015.

BRASIL, Anvisa. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1ª edição – 2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: jun, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente/** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.- Brasília: Ministério da Saúde. 1ª edição. 2013B.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de Humanização**. 1ª edição. 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 11 de Nov de 2015A.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº529, 1º de abril de 2013**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: jun, 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. **Protocolo de Identificação do Paciente**. Integrado no Programa Nacional de Segurança do paciente. 2013c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº36, 25 de julho de 2013**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: jun, 2015C.

BRASILIA, Hospital Regional de Ceilândia. **Procedimento Operacional Padrão da Rotina de Identificação do Paciente**. abril, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cad Saúde Pública. 1998.

CLEOPAS, A; KOLLY,V; BOVIER, P.A.; GARNERIN,P.; T.V. **Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients**. Qual Saf Health Care, 2004. 13(5) Pgs. 344-8.

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

KOHN, LT. Corrigan JM, Donaldson MS, editors. **To err is human: building a safer health system**. Washington(DC): National Academy Press; 1999.

NASCIMENTO, Adriano Fagner Gonçalves. **A utilização da metodologia do ciclo PDCA no gerenciamento da melhoria contínua**. ICAP/MG. 2011. Disponível em: <http://www.icap.com.br/biblioteca/175655010212_Monografia_Adrino_Fagner_Goncalves.pdf>. Acesso em: jun, 2015.

SÃO PAULO, Coren. **10 passos para a segurança do paciente**. Conselho Regional do Estado de São Paulo – COREN-SP. 2010. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: jun, 2015.

World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.

ANEXO

Indicador utilizado na produção da pesquisa e na auditoria dos setores.

| AUDITORIA INTERNA – HRC | | | | | | | | |
|---|---------------|----------|-------|---------------|-------------------|---------------|-----|---------------------------------|
| Meta 1 | | | | | | | | |
| Setores | Identificação | | | | | | | |
| | Ocupação | Pulseira | Leito | Acesso venoso | Hidratação Venosa | SNE/SNG Dieta | SVD | Outros dispositivos /conectores |
| PS Ginecologia Total de Leitos: | | | | | | | | |
| Sala Vermelha Total de Leitos: | | | | | | | | |
| Sala Amarela Total de Leitos: | | | | | | | | |

Observações: _____
