



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA:
práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente

GEOVANNYA IRAN DE SANTANA ANDRADE

CAJAZEIRAS-PB

2018

GEOVANNYA IRAN DE SANTANA ANDRADE

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA:
práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

A553s Andrade, Geovannya Iran de Santana.
Segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada: práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente / Geovannya Iran de Santana Andrade. - Cajazeiras, 2018.
60f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Criança hospitalizada. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Segurança do paciente. 4. Equipe de enfermagem. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083-053.2

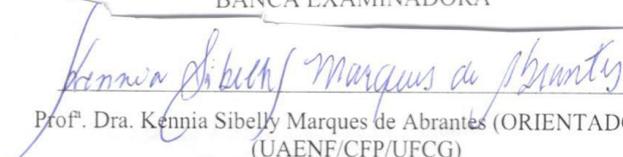
GEOVANNYA IRAN DE SANTANA ANDRADE

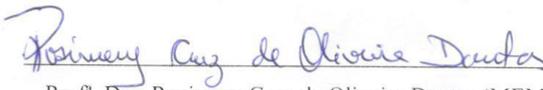
SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA:
práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 13/03/2018.

BANCA EXAMINADORA


Profª. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes (ORIENTADORA)
(UAENF/CFP/UFCG)


Profª. Dra. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas (MEMBRO)
(UAENF/CFP/UFCG)


Profª. Ms. Claudia Maria Fernandes (MEMBRO)
(UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dedico este trabalho a minha família em especial a minha mãe pelo exemplo de força e coragem ao longo da caminhada da vida e a minha querida filha Valentina por ser o combustível que me dá força e determinação para nunca desistir dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo que me proporcionou e que continua me proporcionando ao longo de minha vida, por me dá força e coragem para prosseguir. A Ele toda honra e toda glória.

Agradeço enquanto vida tiver a toda minha família especialmente a meus pais José Iran e a minha mãe Josefa Gadelha a quem serei eternamente grato por cuidarem tão bem da minha filha por mim, e meus irmãos Iran Filho e Georjeanne que incansavelmente não mediram esforços para que tudo desse certo na minha vida pessoal e acadêmica.

Agradeço ao meu marido por toda a paciência ao longo desses anos. A minha outra metade: minha filha Valentina que suportou minha ausência, e que todos os dias me dá força para continuar e nunca desistir. É por ti e para ti filha que continuarei lutando para alcançar o sucesso profissional que tanto almejo.

A minha orientadora Prof^ª. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes uma inspiração para mim pelo exemplo de pessoa, de profissional e de mãe. Obrigada pelos incentivos e ensinamentos, por me fazer sentir capaz, pelas conversas, pelo apoio, por me acolher em todos os momentos em que a recorri enfim obrigada por tudo, sem ti eu jamais conseguiria.

A Adriana Gomes amiga que ganhei nesse processo de construção de trabalho, sempre ajudando com uma palavra motivadora.

A todos meus colegas de turma, em especial a Ronielle, Sandra e Ana Carolina. Foi maravilhoso dividir esses anos de formação com vocês.

Agradeço a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), a todo corpo docente e funcionários que contribuíram e foram essências para minha formação. Muito obrigada vocês ajudaram a me tornar melhor enquanto pessoa e enquanto profissional.

E por fim, a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte desse processo, meus mais sinceros e profundos agradecimentos.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.(Albert Einstein)

ANDRADE, G. I. S. **Segurança do Paciente no cuidado a Criança Hospitalizada**: práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2018.

RESUMO

Introdução: Entendendo o ambiente hospitalar e sua macrocomplexidade esse pode gerar danos às pessoas hospitalizadas e isso se torna ainda mais grave e serio quando se trata do público pediátrico, para o qual os cuidados devem ser diferenciados por parte dos profissionais de saúde devido às peculiaridades próprias e inerentes do crescimento e desenvolvimento infantil. Durante o processo de hospitalização a criança fica exposta a diversos procedimentos e intervenções. Sendo assim, erros quanto à identificação do paciente, são passíveis de acontecer. **Objetivo:** Analisar a Segurança do Paciente (SP) no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à identificação do paciente executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário. **Material e Método:** Esse estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa que foi desenvolvida com a equipe de enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (setor de internamento) de um Hospital público Universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Foram utilizados como critérios de inclusão: profissionais que estavam em exercício profissional no momento da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa atestando sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu por meio de observação direta e não participante no qual apreciou-se 15 observações e a aplicação complementar de um questionário com 28 profissionais. **Resultados:** Foi possível detectar percepções diferenciadas do que propõe a literatura sobre SP. À realização das práticas seguras sobre a identificação do paciente apresentou limitações, mostrando conformidades e não conformidades do que propõe os protocolos de identificação do Ministério da Saúde e da própria instituição. **Conclusão:** Com o termino da pesquisa conclui-se que embora os profissionais de enfermagem reconheçam a importância da SP na garantia de uma assistência segura, as práticas seguras de identificação do paciente ainda não estão sendo efetivas pela equipe, necessitando assim de mais apropriação por parte dos profissionais e de todos os envolvidos.

Palavras-Chave: Criança Hospitalizada. Equipe de Enfermagem. Segurança do Paciente.

ANDRADE, G. I. S. **Patient Safety in the Hospitalized Child:** nursing practices related to patient identification. 60 f. Course Completion Work (Undergraduate Nursing). Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - Paraíba, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Understanding the hospital environment and its macrocomplexity can generate damages to hospitalized people and this becomes even more serious and serious when it comes to the pediatric public, for which care should be differentiated by health professionals due to their own peculiarities inherent in child growth and development. During the hospitalization process, the child is exposed to various procedures and interventions. Thus, errors in patient identification are likely to occur. **Objective:** To analyze Patient Safety (SP) in hospitalized child care based on practices related to patient identification performed by the nursing team in a University Hospital. **Material and Method:** This study is a descriptive exploratory research with a quantitative approach that was developed with the nursing team that works in the Child and Adolescent Health Care Unit (internment sector) of a Public University Hospital, municipality of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. The following inclusion criteria were used: professionals who were in professional practice at the time of data collection and who agreed to participate in the study attesting their agreement by signing the Informed Consent Term (TCLE). Data were collected through direct and non-participant observation, in which 15 observations were observed and the complementary application of a questionnaire with 28 professionals. **Results:** It was possible to detect different perceptions of what the SP literature proposes. The implementation of safe practices on patient identification presented limitations, showing conformities and nonconformities of what is proposed by the identification protocols of the Ministry of Health and the institution itself. **Conclusion:** At the end of the research, it is concluded that, although nursing professionals recognize the importance of SP in ensuring a safe care, the patient's identification practices are not yet effective by the team, thus requiring more appropriation by the patient. professionals and everyone involved.

Keywords: Hospitalized Child. Nursing team. Patient safety

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SP – Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

MS – Ministério da Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

EAs – Eventos Adversos

ISMP – Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIPNSP – Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução Diretoria Colegiada

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

PSP – Plano de Segurança do Paciente

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

RIENSP – Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HUJB – Hospital Universitário Julio Bandeira

APAMIC – Associação de Proteção a Assistência e Infância de Cajazeiras

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

PAPS – Posto de Assistência Primária a Saúde

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NPSA – *National Patient Safety Agency*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da Equipe de Enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....28

Tabela 2 - Distribuição dos instrumentos de identificação e principais descritores utilizados para identificação do paciente, segundo a Equipe de Enfermagem. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.34

Tabela 3 - Distribuição dos instrumentos de identificação e principais descritores utilizados para identificação do paciente, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.....35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	16
3.2 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
4 MATERIAL E MÉTODO	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	28
5.2 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUESTÕES RELATIVAS À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	30
6 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	50
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	50
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	51
TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	52
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	53
APÊNDICES.....	56
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E NÃO PARTICIPANTE COM OS PROFISSIONAIS	58
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	60

1 INTRODUÇÃO

Compreendendo o ambiente hospitalar e sua macrocomplexidade, esse oferece diversos riscos para a segurança do paciente (SP) podendo levar a eventos adversos que resultam em efeitos negativos aos acometidos (SOUZA et al., 2014). Sendo assim, as instituições de saúde e seus profissionais devem estar cada vez mais empenhados em garantir uma assistência livre de erros e danos.

Historicamente, a temática sobre SP surgiu a partir de um processo gradativo, no qual proporcionou a criação de diversos outros programas, redes e políticas que tratassem sobre o tema. Foi a partir da publicação do Relatório *Errar é Humano do Institute of Medicine* dos Estados Unidos que impulsionou o surgimento e uma mobilização mundial sobre a promoção da SP na atenção a saúde. Em seguida surgiram outras abordagens como à criação da Aliança Mundial para a SP criado em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) originado em 2008 até a criação em 2013, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria N° 529 que instituiu o tema como política de saúde no cenário brasileiro (WEGNER et al., 2017).

A segurança nos cuidados prestados deve ser dada a qualquer indivíduo e em qualquer situação, porém, quando se trata do público pediátrico deve-se ter em mente a elaboração de uma assistência diferenciada, compreendendo não somente a criança, mas todas as esferas a ela ligadas. Botene e Pedro (2014) referem que a criança hospitalizada necessita de uma atenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde devido as suas fragilidades e peculiaridades inerentes e próprias do seu processo de desenvolvimento e crescimento.

Durante o processo de hospitalização a criança fica exposta ao ambiente hospitalar e as mais complexas e amplas intervenções e procedimentos de saúde. Nesse período, erros quanto à identificação correta do paciente são passíveis de acontecer. Em conformidade ao exposto Wegner et al. (2017) afirmam que a enfermagem pediátrica vem sendo objeto de estudo sobre a SP no contexto hospitalar, no qual pesquisas tem investigado algumas circunstâncias de cuidados promotoras de eventos adversos relacionadas as práticas inseridas no contexto do cuidado.

Erros relacionados à identificação incorreta são capazes de comprometer o processo assistencial, nessa premissa a *National Patient Safety Agency* (NPSA), constatou entre os anos de 2006 a 2007, 24.382 relatórios de situações incompatíveis com uma assistência segura aos

pacientes, e estima-se que desses, 2.900 estejam relacionados a erros de identificação, no que concerne a não utilização das pulseiras de identificação como também a informações incorretas nas mesmas (HEMESATH et al., 2015).

A identificação correta do paciente é fator importante que contribui para uma assistência segura. No contexto pediátrico esse tema se torna ainda mais preocupante devido à complexidade física e morfológica desses pacientes, pois erros de identificação podem gerar sérios danos a esses indivíduos. Principalmente por apresentarem sistemas orgânicos em desenvolvimento e a inabilidade da comunicação, o que contribui ainda mais para inadequada identificação, tornando-os incapazes de chamar atenção dos profissionais para possíveis erros (SOUZA et al., 2015).

Diante do exposto constata-se que erros quanto à identificação do paciente tem sido alertado por diversos autores e se configuram como graves problemas na assistência a saúde, principalmente se tratando de pacientes pediátricos. Sendo assim, o presente estudo se justifica pela necessidade de abordar, compreender e identificar as práticas seguras realizadas pela equipe de enfermagem, para que com isso seja possível contribuir para uma assistência livre de erros e garantir cada vez mais a SP nas instituições de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à identificação do paciente executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Avaliar se a equipe de enfermagem segue o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde quanto à identificação do paciente;

-Descrever a segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Garantir a segurança nos cuidados prestados nos serviços de saúde é tema bastante trabalhado e debatido no contexto atual. Para tanto, todos os envolvidos nessa área necessitam compreender essa temática. Com base nisso, a SP pode ser definida como “ausência de dano evitável ao paciente durante o processo de cuidado a saúde” (WEGNER et al., 2017, p. 2). Ou ainda pode ser entendida como o “conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos – (EAs) (incidente que resulta em dano à saúde) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde” (BRASIL, 2017, p. 11).

Estando a SP estreitamente relacionada à ocorrência de EAs, faz-se necessário conceituar este último como sendo os acontecimentos indesejáveis ou que podem até mesmo serem evitados ocorridos durante a assistência em saúde, e quando ocasionados podem gerar danos aos pacientes e interferir nas funções corpóreas ou causar efeitos nocivos que comprometem o quadro clínico do paciente, o que pode ocasionar lesões, incapacidades físicas ou até mesmo a morte (LIMA et al., 2017).

A preocupação com uma abordagem em SP foi evidenciada há muito tempo. Segundo Nascimento e Draganov (2015), essa surgiu quando Florence Nightingale, enfermeira inglesa e percussora da enfermagem moderna, na guerra da Criméia, através da observação das condições precárias dos soldados, priorizou a segurança desses como determinantes para uma boa qualidade na assistência prestada.

Apesar de ser pensado muito antes, o tema só ganhou destaque a nível mundial em 1999 com o relatório do *Institute of Medicine*, intitulado: *To err is human* (Errar é Humano), no qual um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) apontava que cerca de 100 mil pessoas morriam nos hospitais em decorrência de EAs (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). Com base nessa premissa, através da constatação desses dados tão alarmantes foi que o tema SP passou a ser enfatizado nas instituições de saúde, pois conforme mostra Caldana et al. (2015) o relatório chamou a atenção para se trabalhar o fortalecimento da cultura de segurança nas instituições de saúde, visando essa como uma medida que melhoraria e garantiria a SP em nível hospitalar.

Através de vários questionamentos e estudos tornou-se possível, de forma cronológica e gradativa, se firmar a questão sobre SP no contexto histórico. Em conformidade com isso,

Reis, Martins e Laguardia (2013) mostram que a partir do ano 2000 o tema passou a ser reconhecido com uma dimensão importante que garante a qualidade em saúde e começou a ser trabalhado por pesquisadores de todo o mundo.

A OMS entendendo a grandiosidade de se promover a SP globalmente estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a SP (*World Alliance for Patient Safety*), no qual possuía como finalidade definir e identificar em diversas partes do mundo prioridades nesta área e contribuir para uma agenda mundial em pesquisa. Com base nisso, essa abordagem ganha cada vez mais espaço, fomentando e aguçando a curiosidade de diversos estudiosos, garantindo com isso um significativo número de pesquisas na área (FERNANDO et al., 2016).

Conforme as questões sobre SP ganhavam notoriedade a nível mundial, no Brasil também surgiam eventos que impulsionaram para incrementação desse conteúdo. Nascimento e Draganov (2015) destacam o Projeto “Hospitais Sentinela” criado em 2001 objetivando aumentar a vigilância aos produtos usados nos serviços de saúde, e o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação realizado em Belo Horizonte- MG em 2006 que mais tarde se tornou fundamental para a criação do Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP no Brasil em 2009, como fundamentais para a edificação nacional sobre SP.

Embora a todo tempo surgissem novos acontecimentos no campo da SP, uma das ações mais significativas no âmbito nacional foi à elaboração pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2007, das propostas que objetivavam identificar os tipos e a natureza dos problemas de segurança nos serviços de saúde (CALDANA et al., 2015).

Como toda e qualquer ação faz-se necessárias leis que regulamentem e norteiem as práticas. Nesse sentido, o Brasil realizou um salto progressivo no que tange a criação de políticas públicas em SP. O MS através da Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013 instituiu o PNSP, o qual tem por objetivo geral contribuir na garantia da melhor qualidade no cuidado em saúde em todo o país e traz em seu escopo os objetivos específicos do PNSP, as estratégias de implementação, as competências ao Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) e entre outras providências (BRASIL, 2013).

Com o surgimento do PNSP outras competências surgiram e tornaram obrigatoriedade nas instituições de saúde. Conforme o MS, a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n° 36, de 25 de julho de 2013 que tem como objetivo prover ações que promovam a SP e melhore a qualidade dos cuidados ofertados nos serviços de saúde, no seu capítulo II na seção I dispõe sobre a obrigatoriedade e criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) pelas instituições de saúde, na qual esses se tornam responsáveis pelo monitoramento dos

incidentes e notificações dos EAs e pela criação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) que tem por finalidade estabelecer estratégias e ações de gestão de risco (BRASIL, 2013).

O NSP atua de forma a implementar as ações que garantam uma assistência segura ao paciente. Esse tem por finalidade elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o PSP, além de está sempre monitorando as ações, implantando os protocolos de SP e monitorando seus indicadores, agi notificando os incidentes a ANVISA e incentivando a cultura de SP e a pesquisa nessa área (AZEVEDO et al., 2016).

Na unidade hospitalar a direção é inteiramente responsável por nomear a composição dos profissionais para o NSP, estando sempre conferindo autonomia, autoridade, responsabilidade e poder para resolução de todas as questões cabíveis, além de está sempre buscando se articular com a direção do serviço para que seja possível a criação e execução de agendas periódicas com os diversos setores hospitalares (BRASIL; 2016).

Um método que cria e articula as ações que ajudarão na melhoria da SP é o PSP, esse se constitui um documento no qual aponta situações de risco, descreve estratégias e ações para as gestões de risco buscando a prevenção e a redução de incidentes nas diversas fases da assistência. Esse plano deve ser criado visando reduzir a ocorrência de EAs e nele deve conter a elaboração e implantação dos protocolos que garantam uma assistência segura ao paciente (BRASIL; 2016).

Com a ocorrência de graves erros na assistência prestada se pensou em estabelecer conjuntos de protocolos que garantissem uma prática segura e diminuísse a ocorrência de EAs. Esses protocolos constituem-se seis metas internacionais que compõe o PSP, assim como são foco do PNSP. Esses foram estabelecidos pelas portarias 2.095 e 1.377 ambas de 2013 na qual institui os protocolos de Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente, Protocolo de Segurança na Prescrição Uso e Administração de Medicamentos, Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e protocolo de Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013).

Apesar de algumas ações terem sido tomadas, ainda há muito que ser feito no que corresponde a essa abordagem e os profissionais de saúde são partes fundamentais nesse processo, pois de acordo com Oliveira et al. (2017), os mesmos devem agregar conhecimentos para que possam identificar os erros e intervir de forma adequada caso os mesmos ocorram, bem como preveni-los para que a cultura da segurança nas organizações seja mais fortemente estabelecida.

3.2 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

A atuação da enfermagem como prática profissional aconteceu durante muito tempo ainda no século XIX, com a introdução desses profissionais nos ambientes hospitalares devido às necessidades que se tinha em garantir a recuperação dos soldados feridos na guerra e em manter o controle e fiscalização dos doentes (LESSA; ARAÚJO, 2013). Com o passar dos tempos a profissão foi evoluindo e ganhando cada vez mais notoriedade, pois como relatam Martins e Fernandes (2014) atualmente a enfermagem é uma profissão exigente, baseada em conhecimento científico com contribuições fundamentais para o cuidado com os pacientes.

Nesse sentido, Pimenta e Souza (2017) afirmam que o cuidado é um dos pilares do processo de profissionalização e da constituição da identidade profissional, sendo assim, esse se torna um saber necessário para a profissão. Ao longo da história vários marcos importantes contribuíram para garantir a atuação da enfermagem em âmbito nacional. Dessa maneira, a criação em 1986 da Lei nº 7.498/86 foi de extrema importância, uma vez que dispôs sobre o exercício formal da profissão no Brasil, normatizando que a enfermagem passaria a ser exercida pelo enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem e pela parteira (DONOSO; DONOSO, 2016).

Martins e Fernandes (2014) referem que a enfermagem como profissão tem por objetivo garantir cuidados de saúde aos indivíduos, esteja eles sãos ou doentes, assim como também aos grupos sociais que a ele esteja inserido, buscando estabelecer os níveis normais de saúde o mais rapidamente possível. Nesse prisma, a enfermagem atua de forma muito mais abrangente, atendendo as necessidades não somente individuais como também em âmbito coletivo, interagindo com todas as esferas da vida do paciente.

No contexto hospitalar a enfermagem tem a responsabilidade de garantir um cuidado livre de imprudência, imperícia ou negligência. Entendendo esses princípios como bases fundamentais para uma melhor assistência a imprudência pode ser caracterizada pelo ato de omitir ou ato desprotegido de cautela para determinada ação, já a negligência na sua forma mais clara, pode ser entendida como a omissão, descumprimento, ou abstenção na realização de deveres que uma determinada situação exige, e por fim, a imperícia, que se configura como a realização de prática sem o conhecimento técnico-científico necessário (SILVA et al., 2017). Com base nisso, é possível determinar que a segurança na assistência ao paciente

começa a ser estabelecida a partir do momento que os cuidados aos indivíduos nos serviços de saúde encontra-se livre de imprudência, negligência e imperícia.

A temática SP e a enfermagem possuem relações estreitamente relevantes e significativas. No que tange as ações realizadas para unir essa temática a essa profissão Caldana et al. (2015) enfatizam a criação pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2005 da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), a qual tem como meta traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da SP, garantindo intercâmbio de informações entre os países e levando com isso, ao fortalecimento dessa questão para os cuidados de enfermagem.

No Brasil um marco importante que impulsionou esse tema e trouxe maior visibilidade para a enfermagem foi à criação em 2008 da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), essa está estruturada por pólos e núcleos regionais e tem como finalidade promover mudanças culturais, implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde, assim como também, fomentar o assunto nas diferentes áreas de atuação da profissão, como na assistência, na gestão, no ensino e na pesquisa (WEGNER et al., 2017; CALDANA et al., 2015).

Apesar da grandiosa abordagem sobre SP com o intuito de garantir cada vez mais a segurança nas práticas de assistência em saúde, ainda é possível perceber a ocorrência de diversos erros nos serviços de saúde. No que concerne à assistência em enfermagem, Oliveira et al. (2014) revelam que entre os erros mais frequentes estão os relacionados as falhas na identificação do paciente. Tendo essa problemática em vista e como já foi disposto anteriormente, com o intuito de melhor orientar e guiar os profissionais nas ações que garantam a realização de práticas seguras durante a assistência em saúde, o PNSP criou seis protocolos e entre eles temos o protocolo de identificação do paciente. (MADEIRA 2014).

O primeiro passo para se prestar cuidados corretos é saber identificar para qual indivíduo a ação se destinará. Com base nessa premissa, a identificação correta do paciente é compreendida como uma maneira de garantir que o paciente certo receberá a devida assistência, tratamentos ou exames que a ele são necessários. Erros na identificação dos pacientes podem ocasionar outros equívocos, em conformidade a isso estudos realizados no Brasil mostram o risco de troca de medicação e correlaciona a necessidade de atentar para a identificação correta do paciente como uma das recomendações para que esse evento não aconteça, sendo assim de grande relevância para melhorar a sua segurança (LEMOS; CUNHA 2017).

No sentido de garantir e proporcionar subsídios para que erros de identificação não venham a ocorrer, foi criado pelo MS através da ANVISA em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) o protocolo de identificação do paciente. Esse deve ser aplicado em todas as instituições de saúde e institui a aplicação de pelo menos dois desses identificadores (nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente ou número do prontuário), em uma pulseira que deverá ser usada pelo cliente e conferida antes de cada cuidado prestado. O protocolo ainda chama atenção para os casos excepcionais, como na transferência de pacientes, no qual deve utilizar o endereço do cliente como identificador adicional, visto que os números de prontuários não são transferidos de uma instituição para outra e no caso de pessoas socorridas por serviços de urgência sem nenhuma identificação deve-se atentar para os detalhes como: local onde foi socorrido e horário, número do serviço que a socorreu e as descrições físicas (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Vale salientar que pelo ponto de vista gerencial a ocorrência de EAs está mais comumente relacionada às falhas no sistema de gestão dos serviços de saúde do que propriamente nos profissionais. Com base nisso, é necessário investir em medidas que previnam e resolvam essas fragilidades. Para os profissionais de enfermagem os EAs podem gerar punições, sentimentos emocionais como estresse podendo acarretar diversos problemas e levá-los a repensar nos preceitos éticos da profissão. Sendo assim, faz-se necessário investir na cultura de SP através da disseminação desse conceito e na prática de uma discussão não punitiva para os casos em questão (DUARTE et al., 2015).

Nesse sentido, em busca de investir nas práticas seguras nos ambientes de saúde e diminuir a ocorrência dos EAs, a disseminação da cultura de SP se torna uma abordagem fundamental, visto que preconiza que erros possam ser relatados e notificados a fim de que práticas preventivas e educacionais possam ser repensadas e estabelecidas pelas instituições de saúde. E para que a notificação dos erros ocorra de forma efetiva é de essencial importância se abolir o método de punição frente ao erro, uma vez que esse pode gerar medo perante a repressão e induzir aos profissionais a não relatar e a não assumir tais acontecimentos (SOUZA et al., 2014).

Os ambientes de saúde são fundamentais para se garantir a implementação da cultura de segurança por parte de todos os profissionais, pois segundo Mello e Barbosa (2017) as principais características de uma cultura em SP são a liderança eficaz, o trabalho em equipe, a aprendizagem a partir de erros e a criação de um ambiente de confiança. Entretanto, algumas instituições possuem uma estrutura hierárquica que impossibilita a comunicação eficaz e

prejudica o trabalho em equipe, o que não viabiliza os elementos principais para essa abordagem.

Para que a questão sobre SP possa estar cada vez mais presente e se constituir como uma ação fundamental para a assistência do profissional em saúde, é indispensável que esse assunto seja trabalhado ainda durante o processo de formação acadêmica, pois como afirmam Eberle e Silva (2016) esse conteúdo deve ser claramente abordado nos currículos de cursos de enfermagem e como metodologia deve-se criar meios para integrar o conteúdo acadêmico a prática do cuidado.

Garantir a SP é dever de todos que estão inseridos nas instituições de saúde, porém, a enfermagem enquanto profissão possui maior responsabilidade pela garantia de uma prática isenta de erros. A enfermagem deve ao máximo evitar e prevenir os EAs, por possuir o maior número de profissionais nos serviços de saúde e ter maior contato com os pacientes, podendo assim perceber as necessidades de cada um e intervir perante as situações (BAMPI et al., 2017).

4 MATERIAL E MÉTODO

Essa seção apresenta a organização da trajetória de como se dispôs esse estudo. Será apresentada a descrição dos instrumentos de coleta de dados, os procedimentos que foram utilizados durante a coleta e a forma como os dados foram analisados, além da caracterização do tipo e local do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, que possibilita o entendimento acerca da SP no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à identificação do paciente executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário.

A pesquisa descritiva procura analisar fatos e/ou fenômenos, fazendo uma descrição detalhada da forma como se apresentam esses fatos e fenômenos, ou, mais precisamente, é uma análise em profundidade da realidade pesquisada. Enquanto a pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, através da delimitação do estudo. Nesse sentido, pode levantar um novo problema que será esclarecido através de outra pesquisa (OLIVEIRA, 2007).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, no setor de internamento de um Hospital público Universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil – o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB).

Este hospital pertenceu por vários anos a APAMIC (Associação de Proteção a Assistência e Infância de Cajazeiras), posteriormente passou a ser gerenciado pela Prefeitura Municipal de Cajazeiras. Em novembro de 2011, o então Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria Bandeira de Mello (IJB) foi doado para a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (Lei Municipal N° 2.005/2011), sendo recebido oficialmente pelo Conselho Curador da UFCG em julho de 2012 (PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Em 09 de dezembro de 2015 foi assinado o contrato de gestão compartilhada do HUIB entre a UFCG e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ficando esta última responsável pela gestão especial gratuita do HUIB.

É um Hospital de relevância para a UFCG por propiciar apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, para a formação no campo da saúde, bem como a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade.

O HUIB presta serviços de saúde 100% através do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de Pediatria: pronto atendimento (urgências e emergências) e internamentos, 24 horas por dia. É classificado como hospital de pequeno porte, com referência no atendimento pediátrico de média complexidade para a área que polariza a 9ª Região de Saúde de Cajazeiras – PB, a qual é composta, além do próprio município de Cajazeiras, por mais 14 municípios circunvizinhos (PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013).

Dispõe de uma estrutura de 26 leitos de pediatria, sendo 18 ativos e oito desativados. Porém, por encontrar-se em processo de reforma e reestruturação, atualmente estão ativados 15 leitos.

O hospital possui um terreno de 10.213,35m² e uma área construída de 1.869,00m². Como mencionado acima se encontra em processo de reforma por está inserido na reorganização da rede de serviços de saúde do SUS na região, pretendendo em pouco tempo tornar-se referência para outros serviços. Nesse sentido, com a reforma e reestruturação dos serviços, o HUIB contará com seis consultórios para consultas eletivas (localizados no Posto de Assistência Primária a Saúde – PAPS/ETSC/CFP/UFCG) e 55 leitos hospitalares, dos quais oito serão leitos de ginecologia, quatro leitos serão obstétricos clínicos, 19 de obstetria cirúrgica (14 de alojamento conjunto e cinco de quartos Pré-parto, Parto e Pós-parto), três são leitos pediátricos cirúrgicos, 12 são de leitos pediátricos clínicos (sendo um de isolamento), cinco leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) e quatro leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais). Com a reforma, mais três leitos de pediatria serão fechados, para abertura de novos serviços, com 40 novos leitos (ginecologia, obstetria e UTIN/UCIN) (RELATÓRIO DE DIMENSIONAMENTO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, 2014).

A principal porta de entrada do hospital ainda é a demanda espontânea, com uma média de 75 atendimentos diários e 572 exames laboratoriais mensais. Os principais tipos de atendimentos realizados no hospital são: consultas a gastroenterites, infecções das vias áreas superiores, otites e atendimentos de urgência e emergência. As principais causas de

internamento são: pneumonias, infecção das vias áreas superiores, desidratação, crise asmática e doenças do aparelho urinário.

Conta hoje com 125 trabalhadores, destes 75 são prestadores de serviço, entre Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, Técnicos de Enfermagem, Técnicos de Farmácia e 50 terceirizados. A equipe de Enfermagem é composta por 40 profissionais, sendo 12 Enfermeiros Assistenciais, quatro Enfermeiros Assistenciais de Transferência e 24 Técnicos de Enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foram os profissionais da equipe de enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, atuantes na clínica de internação do HUIB. Não foi estipulado inicialmente o quantitativo numérico de profissionais que participariam do estudo, uma vez que utilizou-se a amostragem não probabilística por conveniência, em que o pesquisador selecionou membros da população mais acessíveis. Porém, levando-se em consideração que existe um quantitativo de 40 profissionais de enfermagem (Enfermeiros e técnicos) e que destes, 36 compõem a escala do setor de internamento, estes foram considerados como possíveis participantes da pesquisa.

Adotou-se como critérios de inclusão profissionais que estavam em exercício profissional no momento da coleta de dados e como critérios de exclusão profissionais que estiverem atuando nos setores administrativos e estavam em período de férias, licença ou afastamento do serviço no momento da coleta de dados.

A partir da análise dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, a população final do estudo foi composta por 28 profissionais de enfermagem.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados logo após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os participantes incluídos na pesquisa, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A). Para coleta de dados utilizou-se a observação direta e não participante e a aplicação complementar de um questionário.

A observação direta e não participante é considerada como técnica de coleta de dados, que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar, contextos ou ambientes, e também as atividades desenvolvidas nestes, as pessoas que participam dessas atividades e seus significados. Neste tipo de observação o observador não se integra à comunidade observada (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Para isso, os profissionais de enfermagem foram observados pelo pesquisador quando estavam realizando alguma etapa do processo de identificação do paciente.

Quanto à utilização do questionário, esse talvez seja o instrumento mais utilizado para coletar os dados. Configura-se como um conjunto de perguntas a respeito de uma ou mais variáveis que serão mensuradas devendo estar congruente com a formulação do problema (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Nesse sentido, foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o instrumento I (apêndice B) que compreenderá um roteiro de observação direta e não participante das práticas realizadas pela equipe de enfermagem, nele foram dispostos os dados a serem observados, os quais foram registrados em uma ficha de acompanhamento que direcionou, de forma objetiva, o observador em seu registro.

E o instrumento II (apêndice C) que compreendeu um questionário com perguntas abertas e fechadas, o qual contemplou questões relativas à caracterização dos participantes incluindo as variáveis sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e no setor de internamento do HUJB, e se participou de alguma capacitação relacionada à SP; assim como a percepção sobre SP e questões relativas à realização de práticas seguras durante a identificação do paciente. Para aplicação do questionário, a mesma se deu a partir da entrevista pessoal, em que a pesquisadora fez as perguntas ao entrevistado e anotou as respostas. Tomou-se o cuidado de não distorcer ou influenciar as respostas, evitando expressar aprovação ou crítica sobre as respostas do entrevistado.

Os dados coletados a partir do roteiro de observação e dos questionários foram analisados segundo estatística simples. E em seguida foram confrontados com o que se preconiza nos protocolos de práticas seguras adotados pelo MS e Protocolos implantados pela própria instituição.

A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa as falas obtidas a partir do questionário foram codificadas pela letra “E” de Entrevista e o número equivalente a sequência da aplicação dos questionários.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao TCLE (apêndice A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa.

Como recomendam esses critérios, inicialmente foi realizado contato via ofício emitido pela Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG com o Setor de Ensino e Pesquisa do HUJB solicitando autorização para realização da pesquisa e informando sobre os seus objetivos. Após aprovação a partir do Termo de Autorização Institucional, o qual foi assinado pelo responsável como forma de anuência, o projeto, juntamente com o TCLE da pesquisa e demais documentos, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil. Logo após aprovação do CEP, conforme o Parecer emitido se iniciou a coleta de dados, a qual foi realizada através de visitas ao setor de internamento no local do estudo.

O projeto deste estudo foi enviado para a plataforma Brasil para sua avaliação pelo CEP e foi aprovado com parecer favorável de número 2.415.728.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção concentra os resultados e discussão da pesquisa realizada com Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem do HUJB, cuja finalidade foi identificar a realização de práticas seguras relacionadas à identificação do paciente, executadas pela equipe de enfermagem na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Essas observações foram realizadas em um período 30 dias alternados e abrangeu tanto o serviço diurno quanto o noturno. Na explanação dos dados, será apresentada inicialmente a caracterização dos sujeitos da pesquisa e posteriormente os resultados quanto à realização de práticas seguras relacionadas à identificação do paciente.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Categoria profissional, Realização de capacitação sobre SP, Tempo de Profissão e de Atuação no HUJB. Optou-se pela demonstração dos dados em tabela para facilitar a visualização dos resultados obtidos.

Tabela 1 -Caracterização da Equipe de Enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Variáveis	N	%
Idade		
20 a 30 anos	4	14,3
31 40 anos	16	57,2
41 a 50 anos	6	21,4
>50 anos	2	7,1
Sexo		
Feminino	27	96,4
Masculino	1	3,6
Categoria Profissional		
Enfermeiro	11	39,3
Técnico de enfermagem	17	60,7
Realizou capacitação sobre SP		
Sim	15	53,6

Não	13	46,4
Tempo de Profissão		
1 a 6 anos	5	17,9
7 a 12 anos	10	35,7
13 a 19 anos	10	35,7
>20 anos	3	10,7
Tempo de atuação no HUIB		
1 mês a 6 anos	15	53,6
7 a 12 anos	6	21,4
13 a 19 anos	5	17,9
>20 anos	2	7,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A amostra estudada foi de 28 profissionais. Desses, 11 (39,3%) são enfermeiros e 17 (60,7%) são técnicos de enfermagem. Quanto ao sexo, 27 (96,4%) participantes são do sexo feminino enquanto apenas 1 (3,6%) é do sexo masculino. Observou-se que 57,2% possuem idade entre 31 a 40 anos e a grande maioria possui entre 7 a 19 anos de tempo de profissão.

Percebe-se que no que compreende a participação em capacitações relacionadas à SP, verificou-se que 53,6% participaram de alguma capacitação e 46,4% relataram não ter participado, demonstrando com isso a necessidade dos profissionais realizarem ainda mais atividades para compreensão e abrangência de conhecimentos sobre essa temática. A não participação em capacitação sobre o assunto pode ser justificada pelo recente surgimento desse tema no contexto atual, pois apenas em 2013 foi que a formação em SP passou a ser um fator imperativo no Brasil (OLIVEIRA et al., 2017).

Isso também justifica o fato de a maioria dos participantes terem pouco domínio e percepção sobre o tema e não saberem como agir ou até atuarem de maneira equivocada perante a ocorrência de um erro. Sendo assim essas questões devem ser revistas, uma vez que, sendo a equipe de enfermagem responsável por acompanhar o paciente em seu processo de hospitalização, esses são fundamentais para a promoção da SP e para isso faz-se necessário capacitações que busquem disseminar conhecimentos, viabilizando assim a redução de desfechos indesejáveis (BOGARIN et al., 2014). Dessa maneira, a instituição de saúde também é decisiva para determinar a participação dos profissionais em capacitações.

Quanto ao tempo de atuação no hospital, percebeu-se que a maioria (53,6%) concentrou-se entre 1 mês a 6 anos. Ao considerar a menor variável estabelecida para esse item podemos ver que existem profissionais que atuam a pouco mais de um mês na referida

instituição de saúde. O pouco tempo de atuação pode interferir e está relacionado ao não conhecimento por parte desses profissionais quanto aos protocolos instituídos, normas e rotinas do serviço relacionadas à SP e as práticas de identificação do paciente. Nesse sentido, Eberle e Silva (2016) mostram que para a efetividade da SP nas instituições de saúde é de extrema importância que além dos profissionais aplicarem suas habilidades no serviço, tenham conhecimentos sobre as normas, protocolos e demais documentos adotados pela instituição.

5.2 PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE E QUESTÕES RELATIVAS À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

Buscando entender a percepção dos profissionais sobre SP, no instrumento II de coleta de dados questionou-se sobre o que os mesmos compreendiam pela temática em questão. Com os discursos obtidos dividiu-se as respostas em quatro grupos. Os que entendem SP como a realização de procedimentos assistenciais seguros constituindo-se de 13 (46,4%) profissionais, 8 (28,6%) definiram o tema como a diminuição de riscos e danos desnecessários ao paciente durante a assistência em saúde, 4 (14,3%) relacionaram a temática com a confiança que o paciente estabelece com os profissionais e o hospital e 3 (10,7%) entendiam como um método para identificação do paciente.

Observou-se que a maioria dos profissionais entendia SP como a realização de procedimentos assistenciais seguros. Entre as falas citaram questões relacionadas ao cuidado com o paciente pediátrico, questões de medicação quanto a via, validade, horário, dosagem e administração correta e cuidados com cateterismo vesical, por exemplo. O qual evidencia-se nos discursos a seguir:

SP é garantir todo o cuidado sobre os procedimentos relacionados aos pacientes como, por exemplo, a colocação de sondas, cuidados com medicamentos, enfim garantir a segurança física desse indivíduo enquanto tiver sobre os cuidados do hospital. (E20)

(...) acredito que seja tudo relacionado com a prestação de um cuidado seguro, como administrar medicamento na hora certa, identificar corretamente o paciente, colher material para exame de forma segura, essas

coisas.(E09)

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) proposta pela OMS caracteriza SP como a redução de danos e riscos ao paciente associada ao cuidado em saúde, assim também como a redução de erros que podem resultar em EAs por causas que poderiam ser evitadas (SIMAN; BRITO, 2016). Sendo assim, os profissionais enquadrados neste grupo foram definidos por não associarem em suas falas descritores como: “redução e/ou prevenção de danos” e “ eliminação de EAs”.

Embora os cuidados com a realização de procedimentos assistenciais sejam importantes para garantir a SP, a compreensão dessa temática deve ter uma abrangência ainda maior, pois a SP não está relacionada apenas a realização de procedimentos seguros, mas também a prevenção na ocorrência de erros e danos que podem resultar em EAs.

Em conformidade a isso, no estudo realizado por Duarte et al. (2015), observou-se que entre as principais ocorrência de EAs na assistência de enfermagem, foram citados aspectos relacionados a não prevenção de danos como à vigilância do paciente com a ocorrência de quedas do leito e da própria altura e eventos relacionados à manutenção da integridade cutânea através da não realização da mudança de decúbito e posicionamento inadequado do paciente no leito.

Os profissionais que entendiam SP como a diminuição de riscos e danos desnecessários ao paciente durante a assistência em saúde (28,6%), foram enfáticos em seus discursos ao não associarem a temática com nenhum procedimento e cuidado específico, demonstrando conhecimento e entendimento sobre essa questão, como evidenciado nas falas a seguir:

SP está relacionado a todo o hospital com os profissionais de saúde buscar reduzir ao máximo possível os riscos e danos desnecessários, ou seja, que podem ser evitados e que estejam ligados a assistência a saúde do paciente. (E25)

SP está relacionado com a prevenção de erros por parte da equipe de saúde, que frequentemente pode levar a EAs. (E27)

Para mim SP é poder garantir a redução de riscos de danos que podem ser evitados durante a assistência ao paciente enquanto ele estiver no ambiente

hospitalar. (E28)

Os relatos estão de acordo com o que propõe a literatura. Nesta perspectiva é possível associar a percepção apresentada, ao conhecimento adquirido durante processo de formação e realização de capacitação desses profissionais, pois todos que apresentaram respostas condizentes com a literatura haviam realizado capacitações sobre o assunto. Com base nisso, é de grande importância trabalhar os fatores relacionados à SP durante as atualizações, pois isso dará suporte ao profissional para que o mesmo desenvolva ações que permitam a implantação da cultura de SP nas instituições de saúde (ILHA et al., 2016).

A partir do momento que a equipe de enfermagem compreende a SP, isso contribuirá para efetivação do que é preconizado pelo Código de Ética, o qual refere no seu artigo 16 que a assistência de enfermagem deve ser segura e livre de danos, seja por imperícia, negligência ou imprudência (ROSA et al., 2015).

O terceiro grupo composto por 14,3% dos participantes da presente pesquisa correlacionaram a SP com a confiança que o paciente estabelece para com os profissionais e o hospital. Por esse viés os participantes relataram que a confiança estabelecida com o paciente era essencial para garantir sua segurança, conforme os discursos a seguir:

Eu acredito que SP é o hospital juntamente com os profissionais que trabalham nele estabelecer relação e meios que garantam a confiabilidade do paciente no serviço como, por exemplo, garantindo uma identificação correta e acessível. (E03)

SP é quando o paciente se sente seguro com a assistência que está recebendo, tem confiança no profissional, sabe que ele está fazendo as coisas de forma correta e oferece a segurança para ele, além do conforto que ele está sendo bem assistido e recebendo os procedimentos corretos. (E11)

A relação de confiança descrita pelos profissionais é fator importante para estabelecer uma relação interpessoal que conseqüentemente auxilia no processo de hospitalização, pois, a partir dos cuidados prestados, os usuários são capazes de reconhecer e estabelecer relação de confiança e credibilidade com os profissionais que os acompanham (SCHIMITH et al., 2011). Contudo, a confiança estabelecida entre os usuários e profissionais pode não ser tão efetiva

para garantir sua segurança, essa relação se torna efetiva para a SP quando compartilhada entre profissionais e os gestores da instituição de saúde, pois, com elos de confiança firmados, os erros e danos ao paciente podem ser expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição poderá intervir ajudando a efetivar ações para firmar a cultura de SP e concomitantemente prestar uma assistência mais segura (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Pelas oratórias descritas percebe-se que os participantes colocam o tema em questão como responsabilidade apenas dos profissionais e do serviço de saúde. Porém, as várias partes envolvidas nessa temática são peças importantes para que nenhum dano ocorra ao paciente, sendo assim a SP torna-se responsabilidade não apenas dos profissionais e do hospital, como também do próprio paciente, de pesquisadores, de todos os órgãos governamentais e da sociedade em geral (LIMA, 2014).

Através das falas, também observou-se que 10,7% dos profissionais compreendiam SP como um método para identificação do paciente.

A SP é um método de identificar o paciente para evitar erros e prestar uma assistência de boa qualidade. (E10)

Isso talvez se explique pelo fato da pesquisa abordar as práticas relacionadas à identificação do paciente, sendo assim alguns profissionais associaram a SP exclusivamente a esse aspecto. Quando assumem esse discurso demonstram ter pouca percepção sobre o tema, como também não conhecem as metas estabelecidas pelo OMS para a SP.

As seis metas foram acordadas pela OMS e buscam reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras nos serviços de saúde, quais sejam: identificar o paciente corretamente; melhorar a comunicação efetiva; melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de queda. Dessa forma, a identificação correta do paciente compõe uma das metas para garantir a SP (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A partir do método de observação direta e não participante utilizado no estudo (Roteiro de observação dos profissionais - Instrumento I) tornou-se possível confrontar o que o pesquisador observou durante a assistência realizada pela equipe de Enfermagem com o que eles responderam no questionário (Instrumento II). Sendo assim foram realizadas 15 observações, dessas 10 (66,7%) foram feitas com Técnicos de Enfermagem e 5 (33,3%) com

Enfermeiros. Essa diferença justifica-se pelo fato de o Técnico de Enfermagem está mais presente na realização de cuidados diretos junto ao paciente, uma vez que os mesmos exercem atividades de baixa complexidade podendo assim planejar e executar ações assistenciais em maior número, estando exclusas apenas as atividades privativas do enfermeiro (MONTEIRO et al., 2014).

Quando perguntados sobre qual é o instrumento utilizado na instituição de saúde para identificar o paciente, dos 28 entrevistados, 15 (53,6%) referiram as pulseiras de identificação e 13 (46,4%) responderam que usavam as pulseiras de identificação e as placas que se encontram acima do leito do paciente. Os dados obtidos com a aplicação do questionário, no que se refere aos instrumentos de identificação e principais identificadores utilizados, podem ser observados na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 –Distribuição dos instrumentos de identificação e principais descritores utilizados para identificação do paciente, segundo a Equipe de Enfermagem. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Variáveis	N	%
Instrumento de Identificação		
Pulseiras	15	53,6%
Pulseiras e placas	13	46,4%
Identificadores da Pulseira		
Nome do paciente; Data de Nasc.	13	46,4%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; Data de admissão	8	28,6%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; N° do prontuário	6	21,4%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; Idade	1	3,6%
Identificador da Placa		
N° do leito	13	46,4%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Nota: dados obtidos por meio da aplicação do questionário.

No entanto, durante a observação constatou-se que das 15 observações realizadas, em 9 (60%) observações os pacientes estavam sendo identificados com placas e pulseiras e em 6 (40%) os pacientes estavam sendo identificadas apenas pelas placas. Os dados obtidos pela observação no que diz respeito aos instrumentos de identificação e os identificadores observados estão dispostos na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos instrumentos de identificação e principais descritores utilizados para identificação do paciente, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Variáveis	N	%
Instrumento de Identificação		
Pulseiras e Placas	9	60%
Placas	6	40%
Identificadores da Pulseira		
Nome do Paciente; Data de Nasc.; N° do prontuário	5	55,6%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; Data de admissão	4	44,4%
Identificador da Placa		
N° do leito	15	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Nota: dados obtidos por meio da observação direta e não participante

A partir dos dados observados é possível constatar que embora os profissionais tenham demonstrado na entrevista conhecimento sobre a utilização da pulseira para a identificação do paciente, na prática de trabalho o uso das mesmas não está ocorrendo de forma satisfatória, pois verificou-se um percentual significativo de pacientes sem o dispositivo (40%). Essa mesma problemática foi evidenciada em outro estudo no qual constatou-se que de 30 pacientes observados, 66,6% apresentavam identificação por placa. Importa destacar que essa forma de identificação não é preconizada pelo protocolo do MS, uma vez que pode ocorrer erros devendo-se considerar que muitas vezes o paciente certo pode não está no leito certo (LEMOS; CUNHA, 2017).

A pulseira é considerada o único instrumento de identificação descrito pelo protocolo de identificação do MS, no entanto seu uso associado a outro dispositivo como as placas acima do leito, por exemplo, contribui para uma assistência segura. Corroborando com esse pensamento, em pesquisa realizada para avaliar os índices de conformidade entre os identificadores usados para identificar o paciente e a qualidade da assistência prestada, conforme os identificadores encontrados constataram-se nenhum tipo de identificador no leito do paciente e 76,6% de pacientes identificados com pulseira, com isso referiu uma qualidade da assistência considerada pelos autores como sofrível com o identificador do leito, devido ao fato de não encontrar nenhum identificador no leito do paciente e uma qualidade da assistência limítrofe conforme os pacientes que estavam com as pulseiras (TRES et al., 2016).

Com isso pode-se constatar que a utilização das placas juntamente com as pulseiras pode contribuir para uma assistência segura, porém a pulseira será sempre o identificador preconizado e de primeira escolha para utilização pelos serviços de saúde.

Quanto aos identificadores utilizados pelos profissionais para serem registrados na pulseira de identificação (tabela 2), 13 (46,4%) profissionais responderam que eram utilizados o nome completo do paciente e a data de nascimento; 8 (28,6%) responderam que além do nome completo do paciente e data de nascimento, utilizava também a data de admissão do paciente no serviço; 6 (21,4%) profissionais responderam que utilizavam o nome completo do paciente, a data de nascimento e o número do prontuário e 1 (3,6%) respondeu que utilizava o nome completo do paciente, a data de nascimento e a idade. Entre os participantes 13 (46,4%) que afirmaram usar além das pulseiras, as placa como dispositivo de identificação, estes referiram que o número do leito é o identificador utilizado.

Contudo, durante a observação realizada pela pesquisadora constatou-se que para os 9 (60%) pacientes que estavam com as pulseiras, os profissionais usaram o nome completo e a data de nascimento, variando apenas a data de admissão, a qual foi verificada em 4 (44,4%) pulseiras e o número do prontuário em 5 (55,6%) pulseiras. A idade do paciente não foi um identificador observado (tabela 3).

Sendo assim, os profissionais seguem o que preconiza o protocolo de identificação do paciente da própria instituição que estabelece o nome completo do paciente, a data de nascimento e o número do prontuário ou da ficha de atendimento como identificadores. E está em conformidade com o protocolo estabelecido pelo MS que preconiza utilizar ao menos dois identificadores destes: data de nascimento do paciente, nome completo do paciente, número do prontuário e o nome da mãe do paciente. Porém, os profissionais se equivocam quando estabelece o número do leito para ser o identificador utilizado nas placas, uma vez que no decorrer da estadia do paciente no hospital pode haver troca de leitos e isso poderá interferir na segurança de sua identificação (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Ao considerar que vários pacientes podem ser admitidos no mesmo dia e que várias pessoas podem ter a mesma idade, então a data de admissão e a idade do paciente são tipos de identificadores que não garantem exclusividade na identificação do paciente, configurando-se desnecessário sua utilização podendo gerar riscos e causar danos ao paciente (LEMOS; CUNHA, 2017).

Quando questionados se o serviço utilizava algum tipo de identificador adicional no caso de transferência de pacientes, 14 (50%) responderam que não utilizavam e 14 (50%)

responderam que utilizavam. E ao indagá-los qual (is) eram esses identificadores, todos apresentaram o mesmo discurso:

Sim, utilizamos as ficha de encaminhamento ficha de referência e uma cópia do prontuário. (E11)

Ao responderem dessa maneira, certamente não compreenderam o significado de identificador, uma vez que os materiais citados na fala acima são documentos do paciente que estão presentes em qualquer processo de internação ou utilização de um serviço de saúde. Sendo assim, é importante ressaltar que o hospital estudado ainda não adota o que dispõe o protocolo de identificação do paciente do MS (BRASIL; FIOCRUZ, 2013) como também o da instituição, pois ambos instituem que, nos casos de transferência de paciente para outros serviços, deve-se utilizar o endereço do paciente como identificador adicional.

Ao avaliar quais seriam as ações realizadas pela equipe de enfermagem caso erros ocorressem devido à identificação incorreta do paciente, observou-se que o grupo composto por 19 (67,9%) profissionais foram enfáticos em seus discursos ao relatar que comunicariam o erro a equipe seja enfermeiros e/ou médicos, 4 (14,3%) participantes não souberam responder o que fariam, 2 (7,1%) responderam que além da equipe de enfermagem e médico, comunicaria também ao paciente e sua família, 2 (7,1%) afirmaram que comunicaria a coordenação do hospital, e apenas 1 (3,6%) relatou que comunicaria ao NSP. Alguns discursos podem ser observados a seguir:

Nunca aconteceu esse tipo de situação comigo, porém se acontecesse eu comunicaria a equipe de enfermagem e ao médico de plantão para que pudéssemos diminuir os danos causados ao paciente. (E03)

Eu desconheço até o momento que isso tenha acontecido. Mas pelo que eu sei e apreendi se isso vier a acontecer o médico é o primeiro a ser comunicado de imediato e ai ele que vai tomar as providencias cabíveis. (E14)

Eu primeiramente falava para a enfermeira de plantão e para o médico para que intervissem para que o erro não compromettesse a vida da criança e depois eu conversaria e justificaria ao paciente e sua família e teria mais atenção para que isso não acontecesse novamente. (E18)

Os que referiram comunicar o evento ao enfermeiro e/ou médico, os escolheram por acreditar que esses profissionais podem ajudar a corrigir o erro, evitando sérios danos à criança. Essa conduta é condizente e recorrente na literatura, uma vez que essa comunicação ajudará nos cuidados diretos ao paciente afetado, porém a notificação também deverá ser realizada (DIAS et al., 2014).

Muitos profissionais no início de suas falas fizeram questão de enfatizar que erros dessa natureza nunca aconteceram com eles e demonstraram que a maioria comunica a equipe seja ela médica e/ou de enfermagem e não notifica à ocorrência. Possivelmente, isso explica-se pelo fato de muitas instituições adotarem a prática punitiva perante o erro, o que pode gerar medo e constrangimento ao profissional.

Estudo realizado por Duarte et al. (2015) com a finalidade de conhecer a percepção de técnicos de enfermagem quanto o acontecimento dos EAs, verificou que a maioria comunicaria o evento ao enfermeiro, e ainda destacaram que era importante assumir a ocorrência do erro, porém só realizava se estimulado o ambiente institucional para que eliminasse a cultura punitiva.

O paciente e sua família também são importantes no processo de hospitalização, e todas as condutas e acontecimentos devem ser relatados aos mesmos. Nesse sentido, 2 (7,1%) dos participantes relataram que comunicaria o erro ao paciente e sua família. A respeito disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dispõe em seu artigo 17 que os profissionais devem prestar informações tanto a pessoa quanto sua família a respeito dos riscos e intercorrências durante a assistência de enfermagem (PREST; PAZÓ, 2014).

Ainda sobre esta análise, dos profissionais entrevistados, 2 (7,1%) afirmaram que comunicaria a coordenação do hospital sobre o ocorrido

Busca a coordenação do hospital para informar o que aconteceu e faz o possível para não acontecer mais, faz reunião e chama a atenção de toda equipe. (E13)

Destaca-se nessa fala que além de fazer reunião e chamar a atenção de toda a equipe, faz-se necessário ações para efetivar a cultura de SP. Essa postura dificulta o processo de notificação dos EAs. Em conformidade a isso Duarte et al. (2015) verificaram em seu estudo que os profissionais de enfermagem estudados se posicionaram em prol da notificação dos erros, porém essas notificações ainda eram bastante negligenciadas devido à cultura punitiva

existente, em que se tornavam difícil aceitar o erro, temendo o castigo e a incompreensão social.

Quatro participantes (14,3%) não souberam responder o que fariam mediante a ocorrência de erros, e apenas 1 (3,6%) participante citou em seu discurso que comunicaria o ocorrido ao NSP do hospital. Veja a seguir:

Olha eu não sei lhe responder essa pergunta porque eu nunca presenciei e nunca aconteceu comigo por isso não sei lhe disser. (E21)

Se eventos dessa natureza acontecesse com minha equipe no meu plantão eu informaria ao Núcleo de Segurança do Paciente do hospital para tomar as providencias cabíveis. (E11)

Os que não souberam responder qual conduta tomar perante o erro associou isso ao fato desses eventos nunca terem acontecidos. Contudo, isso não justifica a falta de conhecimento sobre a conduta correta a realizar. Todos os profissionais com essa visão responderam que não tinham participado de capacitações sobre o tema, evidenciando com isso a grande necessidade em atualização nesta área. Corroborando com essa idéia, os profissionais que participaram de um estudo mencionaram a necessidade de treinamentos e educação continuada para implantação da cultura de SP, além das mudanças no processo de formação dos novos profissionais (WEGNER et al., 2016).

Destaca-se que apenas uma única participante respondeu de acordo com o que é preconizado, afirmando que relataria o erro ao NSP. A mesma foi bastante clara em sua fala, demonstrou conhecimento e domínio favorável quanto ao que preconiza as práticas que garantem a SP. A partir da comunicação ao NSP sobre a ocorrência do erro, isso gera uma notificação. A notificação de EAs pelo NSP é obrigatoriedade de acordo com a RDC nº 36/2013, e se torna função desse núcleo não apenas notificar e sim identificar e analisar os incidentes que ocorrem em seu serviço de saúde (BRASIL, 2014).

Quando questionados sobre qual é o procedimento realizado pela equipe caso a pulseira esteja danificada, caia ou fique ilegível, todos os 28 (100%) profissionais responderam que substituiriam a pulseira por outra contendo as mesmas informações. Essa ação se mostra condizente com o que propõe o protocolo de identificação do paciente da instituição e do MS, os quais deixam claro que a instituição de saúde deve definir o que deve acontecer nesses casos (BRASIL; FIOCRUZ; 2013).

No que se refere às observações realizadas, percebeu-se que nenhum paciente foi identificado com as pulseiras logo durante a consulta de enfermagem. O processo assistencial observado no hospital em estudo se inicia quando as crianças chegam ao Serviço de Pronto Atendimento, são avaliados pelo Enfermeiro através da classificação de risco e em seguida são encaminhadas para a consulta médica. Caso a criança necessite de administração de medicamentos, a mesma é encaminhada para a sala de medicação e a pulseira é colocada apenas nos pacientes que ficarão internos no hospital. Dessa maneira, foi possível constatar que os pacientes que possuíam identificação por pulseira eram internos, o que se torna bastante controverso, uma vez que na sala de observação as crianças também recebem cuidados como administração de medicamentos, sendo assim sua identificação também deveria ser realizada.

O protocolo de identificação institucional é claro quando dispõe que a enfermeira do Acolhimento, ou seja, a que é responsável pela consulta de enfermagem com classificação de risco é a responsável pela colocação da pulseira de identificação no paciente no momento de sua entrada no ambiente de saúde, contudo isso não é realizado nesse momento da assistência, pois as pulseiras na instituição ficam dispostas na sala de medicamentos. Essa atitude de não identificar o paciente durante seu primeiro contato com o serviço faz com que a instituição não assuma as recomendações que propõe o protocolo de identificação do paciente do MS, no qual destaca que a identificação deve ocorrer na admissão do paciente no serviço sejam internados, em regime de hospital dia ou atendidos por serviços de emergência ou ambulatorial (BRASIL; FIOCRUZ; 2013).

Quanto à cor da pulseira, através da observação direta e não participante, verificou-se que os profissionais utilizavam para identificação dos pacientes, pulseiras exclusivamente de cor branca, conforme estabelece o protocolo da instituição e do MS, não havendo outras com coloração diferente a fim de diferenciar pacientes e sua situação clínica. Algumas instituições, de acordo com seus protocolos, podem utilizar pulseiras de outras cores, como o observado no estudo de Lemos e Cunha (2017), no qual as pulseiras encontradas nas observações eram de cor branca ou vermelha, em que as de coloração vermelha eram utilizadas para identificar as alergias referidas pelo paciente.

Das 9 (60%) observações realizadas em que os profissionais cuidavam de pacientes que estavam com as pulseiras de identificação, 3 (33,3%) dessas possuíam informações que não eram fáceis de ler devido a ilegibilidade, pois as informações eram manuscritas em letras cursivas. Quanto à resistência da pulseira, observou-se que as mesmas não eram

resistentes (expostas à água ou outros produtos) e se desgastava principalmente as informações durante a permanência do paciente no hospital, uma vez que essas eram registradas por caneta esferográfica com pouca resistência e durabilidade, com isso foi possível observar pulseiras apagadas e com borrões.

A utilização de letras cursivas foi observada em todas as pulseiras, e apesar do protocolo da instituição prezar pela utilização de letras de forma, essa prática ainda não está sendo adotada pelos profissionais, o que pode interferir na qualidade de uma identificação correta ao se considerar que os diversos profissionais possuem caligrafias diferentes e muitas vezes de pouco entendimento.

Problemas semelhantes foram observados em outros estudos. Uma pesquisa evidenciou em seus dados 17,3% dos casos de pulseiras com tinta desbotando, problemas de dados ilegíveis (8,6%) e registros descritos em letra cursiva que dificulta o entendimento (4,3%) dos casos (LEMOS; CUNHA; 2017). Outro estudo também constatou a ocorrência de pulseiras danificadas contendo rasgos e dobras, ilegíveis e com registros apagados (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

O protocolo do MS preconiza que as informações da pulseira devem ser fáceis de ler e deve-se garantir sua integridade mesmo expostas a qualquer líquido e outros componentes garantindo sua durabilidade durante a permanência do paciente no hospital. As informações podem ser digitadas ou manuscritas, porém as que forem manuscritas devem ser realizadas com canetas especiais que garantam a permanência e duração (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Quanto a conferência da identificação antes dos cuidados prestados, das 15 observações realizadas, apenas 1 (6,6%) profissional no momento observado realizou a conferência da identificação. Os principais cuidados observados foram os de administração de medicamentos por parte dos profissionais, principalmente os técnicos de enfermagem.

Corroborando com os dados apresentados, Cunha e Lemos (2017) em seu estudo observacional também constataram que apenas 5,5% dos profissionais realizaram a conferência de dados no dispositivo de identificação, apresentando assim necessidade de treinamento dos envolvidos para que o protocolo seja seguido com rigor.

Considerando que entre os cuidados mais observados estavam os de administração de medicamentos, erros pela não conferência da identificação podem ser cruciais para a criança. Tal percepção quanto à importância da identificação para a administração de medicamentos foi relatada por profissionais como uma grande preocupação no cuidado a criança hospitalizada, e a identificação incorreta pode induzir para que erros de medicação aconteçam

(SOUZA et al., 2015). Ainda enaltecendo essa questão, o protocolo do MS é claro quando traz que a conferência da identificação deve ser realizada antes de qualquer cuidado e inclui entre eles o ato da administração de medicamentos (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

É evidente a baixa adesão dos profissionais para com as práticas relacionadas à identificação correta do paciente e que embora a instituição estabeleça um protocolo de identificação, esse ainda não é totalmente seguido. Neste prisma, estudo encontrado na literatura conclui que o envolvimento dos profissionais e o comprometimento dos gestores são fundamentais, e que a implementação de protocolos sem o envolvimento profissional, faz com que não se obtenha segurança nem tampouco qualidade nos serviços (HEMESATH et al., 2015).

Quando investigado sobre quais os momentos o profissional realizava a verificação da identificação, apenas 1 (6,6%) profissional realizou antes do início de um episódio de cuidado, ou seja, apenas uma única vez durante o dia de trabalho. Em todas as 15 (100%) observações, a conferência também não ocorreu mesmo que o profissional conhecesse o paciente.

Certamente não conferiam as informações de identificação, por acreditarem que como conheciam todas as crianças e havia baixa demanda de internos, não se fazia necessário. Esse mesmo problema foi constatado em um estudo no qual verificou-se que dos 81 procedimentos realizados, nos quais os pacientes não foram identificados, 50 (22,42%) dessas observações não aconteceram porque os profissionais informaram já conhecer o paciente (PORTO et al., 2011).

É nítido que a conferência da pulseira não acontece na prática. Colaborando com esse pensamento Tase et al. (2013) colocam em suas observações que a prática de verificação da pulseira no ambiente de trabalho ainda é negligenciada pelos profissionais de saúde principalmente para com aqueles usuários que permanecem por longos períodos de internação. Esses ainda colocam como medida que ajudaria a mudar essas ações a educação e conscientização dos profissionais para que passem a valorizar essa prática e dos usuários para que passem a requerer o uso da pulseira e sua verificação, sendo possível com isso a disseminação dessa cultura na sociedade.

Por meio das observações realizadas é possível identificar que os profissionais negligenciam as ações de identificação do paciente propostas pelo protocolo do hospital e do MS, uma vez que os mesmos discorrem que a confirmação da identificação deve ser realizada a cada intervenção prestada ao paciente e continuar durante a sua permanência no hospital, e

mesmo que o profissional conheça o paciente, confirmar as informações é ato imprescindível que garantirá que o paciente certo receberá o cuidado certo (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

6 CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos é possível concluir que a equipe de enfermagem estudada compreende como sendo importante a garantia da SP para uma assistência segura, porém os dados mostram que os profissionais possuem percepções diferenciadas e muitas vezes não condizentes com o que propõe a literatura, necessitando com isso de mais atividades de educação permanente e disseminação de conhecimentos sobre o tema em questão.

Quanto à realização das práticas seguras para a identificação do paciente por parte dos profissionais de enfermagem essa ainda apresentou-se insatisfatória, necessitando maior abrangência e comprometimento da equipe para sua melhor efetivação. Deve-se enfatizar a necessidade de utilização das pulseiras de identificação em todos os pacientes ainda na sua admissão no hospital e conferir todas as informações antes dos cuidados prestados, ações que não foram realizadas pelos profissionais.

Assim como também é necessário adotar informações adicionais no caso de transferência de pacientes, e garantir pulseira livre de danos e elegibilidade. Constatou-se precariedade na conduta tomada pelos profissionais quanto à notificação dos erros relacionados à identificação incorreta, o que demonstra a necessidade da instituição hospitalar abranger mais ações que promovam a cultura de SP entre os profissionais e gestores da instituição.

Mesmo com as não conformidades apresentadas, pontos positivos quanto às práticas realizadas na identificação do paciente também foram observados nos resultados desse estudo. Entre eles a conformidade com os identificadores utilizados nas pulseiras de identificação, e a cor das pulseiras, respeitando o que se estabelece tanto no protocolo da instituição quanto no do MS.

Em suma, garantir a SP através da identificação correta é fator importante para uma boa assistência, sendo assim se faz necessário mais comprometimento por parte de todos os envolvidos, sejam profissionais, gestores e pacientes a fim de que juntos possam efetivar as práticas estabelecidas pelos diversos protocolos e unifique as ações para a identificação correta.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, K. C. C. et al. Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 10, n. 12, dez. 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10016/pdf_1919>. Acesso em: 03 nov. 2017.
- BAMPI, R. et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 2, fev. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/reuol_PERSPECTIVAS%20DA%20EQUIPE%20DE%20ENFERMAGEM%20SOBRE%20A%20SEGURAN%C3%87A%20DO%20PACIENTE.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.
- BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 35, n. 3, set. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44306/31526>>. Acesso em: 06 out. 2017.
- BOGARIN, D. F. et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enferm**. v. 19, n. 3, Jul/Set 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33308/23221>>. Acesso em: 09 fev. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2 abr. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/04/2013&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=120>>. Acesso em: 05 out. 2017
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/07/2013&jornal=1&pagina=32&totalArquivos=112>> . Acesso em: 05 out. 2017
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em 05 out. 2017
- _____. Ministério da Saúde; Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo de identificação do paciente**.

Brasília (DF) 2013. Disponível em:

<<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica----o-do-Paciente.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>> . Acesso em: 25 out. 2017

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf>. Acesso em 15 fev. 2018.

CALDANA, G. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 3, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300906&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2017

DIAS J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v, 18, n, 4 out/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

DONOSO, M. T. V.; DONOSO, M. D. O cuidado e a enfermagem em um contexto histórico. **Rev.Enf-UFJF** - Juiz de Fora - v. 2 - n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/71-184-1-SM.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 1, fev. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2017

EBERLE, C. C.; SILVA, A. P. S. S. Compreensão de estudantes de enfermagem sobre a segurança do paciente. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador. v. 30, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/21701-74819-1-PB.pdf>>. Acesso em 27 out. 2017.

FERNANDO, F. S. L. et. al. Segurança do paciente: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE online.** Recife, v. 10, n. 2, fev. 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows/Downloads/7464-83573-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/7464-83573-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017.

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v, 36, n, 4, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198372015000400043&lng=en>

&tlng=en> Acesso em: 16 fev. 2018.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, jan.-fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf> Acesso em: 15 fev. 2018.

ILHA, P. et al. Segurança do paciente na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43620>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

LEMONS, C. S.; CUNHA, K. C. S. O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 1, jan. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11886/14347>>. Acesso em 15 out. 2017.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Rev Min Enferm**. Minas Gerais. v. 17, n. 2, abr/jun. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/v17n2a18.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017

LIMA, F. D. M. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista espaço para a saúde**. Londrina v. 15, n. 3, Jul./Set. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows/Downloads/18190-84575-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/18190-84575-2-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LIMA, K. P. et al. Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 3, mar. 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10027/pdf_2621>. Acesso em: 15 out. 2017.

MADEIRA, M. Z. A. Marcos legais para garantir a segurança do paciente. **Rev Enferm UFPI**. Piauí. v. 3, n. 3, jul/set. 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2798/pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MARTINS, M. J. R.; FERNANDES, S. J. D. A visibilidade da enfermagem, dando voz à profissão: revisão integrativa. **Rev. enferm UFPE online**. Recife, v. 8, n. 1, jul. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/6219-59793-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, mai. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MONTEIRO, R. P. et al. O processo de transição profissional na perspectiva de técnicos de enfermagem que se tornaram enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 4, dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/24129>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. [History of quality of patientsafety]. *Histenferm Rev eletrônica [Internet]*. São Paulo, v. 6, n. 2, set/nov. 2015. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

OLIVEIRA, J. L. et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. *einstein*. São Paulo, v. 15, n. 1, jan/mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0050.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, R. M. 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, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2017.

PIMENTA, A. L.; SOUZA, M. L. Identidade profissional da enfermagem nos textos publicados na REBEN. *Texto contexto - enferm.* Florianópolis, v. 26, n. 1, fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-4370015.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZAÇÃO, 2013. Ministério da Educação. Universidade Federal de Campina Grande. Hospital Universitário Júlio Bandeira. 2013.

PORTO, T. P. et al. Identificação do paciente em unidade pediátrica: uma questão de segurança. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* São Paulo, v. 11, n.2, dez. 2011. Disponível em: <<https://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/142-identificacao-do-paciente-em-unidade-peditrica-uma-questo-de-segurana.html>>. Acesso em 18 fev. 2018.

PREST, A. C.; PAZÓ, C. G. A responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem frente aos erros na terapêutica medicamentosa. *Revista da Faculdade de Direito – UFPR*, Curitiba, vol. 59, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/direito/article/viewFile/35249/22969>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/18.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

ROSA, R. T. et al. Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Ciencia y Enfermería* v. XXI, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370444955004>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

RELATÓRIO DE DIMENSIONAMENTO DESERVIÇOS ASSISTENCIAIS, 2014. Diretoria de Atenção à Saúde. EBSEH, Hospitais Universitários Federais. Brasília, 30 de outubro de 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16 fev. 2018.

SILVA, M. V. R. S. et al. Cuidados na administração de medicamentos: as responsabilidades dos profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 11, n. 2, fev. 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/10198-98275-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, abr. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 1, jul. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, S. et al. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11529>>. Acesso em: 06 out. 2017.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

TRES, D. P. et al. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. esp, fev./jul. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/44938-184655-1-PB.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

WEGNER, W. et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm.** Rio Grande do Sul, v. 38, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>>. Acesso em: 15 out. 2017.

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**. v.20, n. 3. jul-set 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2018.

ANEXOS**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Geovannya Iran de Santana Andrade, discente do curso de graduação em enfermagem, declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde** e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 01 de dezembro de 2017.

Kennia Sibelly Marques de Abrantes
KENNIA SIBELLY MARQUES DE ABRANTES

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, Geovannya Iran de Santana Andrade, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, a desenvolver o projeto de pesquisa, comprometo-me ainda ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466/12** do **Conselho Nacional de Saúde** e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 26 de Novembro de 2017.

Geovannya Iran de Santana Andrade

GEOVANNYA IRAN DE SANTANA ANDRADE ✎

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO BANDEIRA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Gerência de Ensino, Pesquisa e extensão do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello – HUIJB/UFCG está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA:** práticas realizadas pela equipe de enfermagem em um hospital universitário, coordenado pelo (a) pesquisador (a) Kennia Sibelly Marques de Abrantes, da Universidade Federal de Campina Grande.

O HUIJB/UFCG assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa, **condicionado à aprovação e emissão** do parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do (a) pesquisador (a) responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, direta ou indiretamente.

Cajazeiras, 21 de novembro de 2017.


Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Gerente de Ensino e Pesquisa

SUPRA OMNES LUX LUCIS

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA: práticas realizadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário

Pesquisador: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80404217.7.0000.5180

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.415.728

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que possibilitará o entendimento acerca da Segurança do Paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas a higienização das mãos, identificação do paciente e administração de medicamentos executadas pela equipe de enfermagem em um hospital universitário.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas à higienização das mãos, identificação do paciente e administração de medicamentos executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente descritos, conforme preconizado na Resolução 466/12, no TCLE e no arquivo gerado na Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada e observa os preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12.

Endereço: BR 230, Km 504
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3531-1346 **Fax:** (83)3531-1365 **E-mail:** cepfsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.415.728

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041532.pdf	02/12/2017 07:47:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSOPESQUISADORCOMASSINATURAPLATAFORMA.pdf	02/12/2017 07:44:44	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISACOMPLETOPARAPLATAFORMA.docx	27/11/2017 12:01:23	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADESPARAPLATAFORMA.docx	27/11/2017 11:55:03	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARASUBMISSAOEMPLATAFORMA.docx	27/11/2017 11:54:30	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA.pdf	27/11/2017 11:53:23	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	27/11/2017 11:52:21	Kennia Sibelly Marques de Abrantes	Aceito

Endereço: BR 230, Km 504
 Bairro: Cristo Rei CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3531-1346 Fax: (83)3531-1365 E-mail: cepfsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.415.728

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 05 de Dezembro de 2017

Assinado por:

**ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE
(Coordenador)**

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA: práticas de enfermagem relacionadas à identificação do paciente**, que tem como objetivo: Analisar a segurança do paciente no cuidado a criança hospitalizada a partir da realização de práticas relacionadas a identificação do paciente executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário.

Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um questionário com perguntas abertas e fechadas e permitindo que o pesquisador realize a observação direta e não participante das atividades realizadas pelo Sr. (a).

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos (como por exemplo, risco de constrangimento decorrente da quebra do anonimato), no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não ocorra o fato descrito. Para isso, todas as informações coletadas serão confidenciais.

Não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá gerar insatisfação do participante em decorrência de abordar conhecimentos e práticas específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da coleta, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação ou não no estudo. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: a melhor concepção sobre a temática segurança do paciente e sobre as práticas seguras estabelecidas pelos protocolos vigentes, ajudará na melhoria da assistência a saúde e contribuirá para potencializar benefícios no local do estudo.

Todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas sob sigilo e sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de

participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, as pesquisadoras responsáveis estarão disponíveis por meio dos seguintes telefones: acadêmica de enfermagem **Geovannya Iran de Santana Andrade** (83) 9 8144-5004; e Orientadora da pesquisa **Profª Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes** (83) 9 9826-0484.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 3531-1346 situado na BR 230 - Km 504, Cajazeiras-PB CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do (a) Participante

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E NÃO PARTICIPANTE
COM OS PROFISSIONAIS**

Número de Observação:

Data de Observação/Turno:

Enfermaria/Leito:

Profissão: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem

Como se dá a identificação do paciente?	() Pulseira () Placas () Outro: _____
Quais os identificadores utilizados em caso de identificação por placas ou outro dispositivo?	_____
Quais os identificadores utilizados em caso de identificação por pulseiras?	_____
A identificação do paciente ocorre logo durante a sua admissão?	() Sim () Não
Utiliza pelo menos dois identificadores, no caso de pulseira?	() Sim () Não
Qual a cor da pulseira?	_____
Confere a pulseira de identificação antes dos cuidados prestados?	() Sim () Não
As informações dos identificadores são fáceis de ler e não se desgasta (mesmo expostas à água ou outros produtos) durante a permanência do paciente no hospital?	() Sim () Não
Mesmo o profissional conhecendo o paciente, ele confere as informações de sua identificação?	() Sim () Não
Qual (is) momento (s) é realizado a verificação da identificação?	() É verificado a

	<p>cada intervenção prestada ao paciente ao longo de sua permanência no hospital;</p> <p><input type="checkbox"/> É realizado apenas no início de um episódio de cuidado (apenas uma vez).</p> <p><input type="checkbox"/> Não é realizado em nenhum momento.</p>
--	---

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

I- Caracterização dos Enfermeiros:

1- Idade: _____

2- Sexo: F () M ()

3-Profissão: () Enfermeiro (a) () Técnico (a) de Enfermagem

4- Você já realizou alguma capacitação relacionada à segurança do paciente?

() Sim () Não

5- Tempo de Atuação na Enfermagem: _____

6- Tempo de Atuação na Unidade de Internamento do HUIB: _____

II- Percepção da Equipe de Enfermagem sobre segurança do paciente e questões relativas à identificação do paciente:

1- O que você compreende por “segurança do paciente”?

2- Qual instrumento é utilizado pela instituição de saúde para identificação do paciente?

3- Quantos e qual (is) identificador (es) são utilizados?

4- O serviço utiliza outro (s) tipo (s) de identificador adicional nos casos de transferência de pacientes para outras instituições?

() Não () Sim

Se sim, qual (is): _____

5- Qual o procedimento realizado pela equipe caso erros ocorram devido à identificação incorreta do paciente?

6- Qual o procedimento realizado pela equipe caso a pulseira estiver danificada, caia ou fique ilegível?