

A Identificação do paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas

Identification of the patient in the achievement of safe practices: conceptions and practices

Andréia Guerra¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar as dificuldades, ações e estratégias realizadas pela equipe de enfermagem para alcançar a meta de segurança de identificação dos pacientes em uma unidade de internação de um hospital filantrópico. **Método:** estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada de junho a julho de 2016, por meio de entrevistas, com roteiro semiestruturado, com vinte profissionais da equipe de enfermagem. **Resultados:** foram construídas três categorias temáticas: Identificação do Paciente: concepções, ações e dificuldades vivenciadas; Identificação do Paciente: riscos existentes; Estratégias para desenvolver a cultura de segurança do paciente. **Conclusão:** evidenciou-se a falta de cultura de segurança do paciente nos locais de estudo. Surge a necessidade de criar estratégias educativas que possibilitem uma melhor capacitação, planejamento e organização das ações, assim como as notificações de eventos adversos garantindo qualidade e segurança aos pacientes.

Palavras chave: Segurança do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the difficulties, actions and strategies carried out by the nursing team in order to achieve the goal of identifying patients in an inpatient unit of a philanthropic hospital. **Method:** descriptive study with qualitative approach. Data collection was carried out from June to July of 2016, through interviews, with semi-structured script, with twenty professionals of the nursing team. **Results:** three thematic categories were constructed: Patient Identification: conceptions, actions and difficulties experienced; Patient identification: existing risks; Strategies for developing a patient safety culture. **Conclusion:** the lack of safety culture of the patient in the study sites was evidenced. The need to create educational strategies that allow better training, planning and organization of actions, as well as the notifications of adverse events, guaranteeing quality and safety to the patients.

Keywords: Patient Safety. Quality of Health Care. Organizational Culture.

NOTA

¹ Profª Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem Departamento de Medicina e Enfermagem Universidade Federal de Viçosa

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente está integralmente relacionada à qualidade nos serviços de saúde. Globalmente vem sendo discutida pelos órgãos governamentais, pelas entidades de classe e setores prestadores de serviços de saúde, tendo por objetivo meta qualidade e otimizar os resultados nos diversos serviços oferecidos à sociedade. A prática insegura tende a persistir nos processos assistenciais e administrativos dos estabelecimentos de saúde, o que a torna foco de discussões durante a última década^(1,2).

As instituições de saúde estão investindo em ações que prezem pela qualidade assistencial e busquem a difusão de uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e ambiente, as quais estão focadas nas seis metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja primeira consiste na identificação correta do paciente. Esta quando realizada corretamente, previne erros relacionados ao cuidado prestado pela equipe multidisciplinar, nos diferentes níveis de atenção à saúde^(2,3,4,5).

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar⁽⁶⁾. A identificação está presente na vida do cidadão desde seu nascimento. Ao internar num hospital, os cidadãos se despersonalizam passando, por vezes, a representar apenas um corpo portador de uma determinada doença e que ocupa um leito hospitalar. Nos serviços de saúde, constata-se prática comum entre os profissionais, a referência aos pacientes pelo número do leito ou pela doença que o trouxe ao serviço⁽⁷⁾.

Os equívocos ocorridos na identificação do paciente são fatores preocupantes na assistência à saúde, já que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos (EA), envolvendo a administração de medicamentos e hemocomponentes, a realização de procedimentos ou cirurgias, dados incorretos e ilegíveis, entre outros^(2,3,4,5).

Neste contexto, em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS) que estabelece protocolos para atendimento às metas internacionais de segurança e determina a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, objetivando reduzir EA e ampliar o número de práticas seguras. Assim, os serviços de saúde devem identificar os pacientes de diversas formas, como a utilização de pulseiras, placas nas cabeceiras, adesivos nas roupas e crachás sendo esta uma responsabilidade de toda equipe multidisciplinar. Ademais, com o lançamento do PNSP, as instituições necessitam ajustar os dispositivos a partir do que é preconizado pelo protocolo levando em conta o desejo dos pacientes^(3,5).

Parte do pressuposto que as instituições de saúde es-

tão desenvolvendo programas com ênfase na responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação correta do paciente. Recomenda-se a padronização do uso de pulseiras de identificação contendo no mínimo dois elementos qualificadores e contraindicando os números de quarto ou leito. Porém, estudo aponta a prática de diversas formas de identificação e que ainda é uma conduta negligenciada pelos profissionais de saúde, especialmente, nos usuários com longo período de internação. A educação e a conscientização dos profissionais de saúde são aspectos que merecem destaque, além da construção de diretrizes ou protocolos⁽²⁾.

Cabe ressaltar, que erros durante a identificação do paciente podem ocorrer desde a entrada do paciente no sistema de atendimento, podendo comprometer o processo de cuidado, desencadeando danos futuros. Todos os profissionais que participam da admissão do paciente, quer sejam profissionais de saúde, ou não, devem manter-se atentos a todo tempo. O processo de identificação por meio da conferência dos dados dos dispositivos e das informações, sendo confirmadas pelo paciente podem e devem ser vistos como uma importante etapa na interação entre paciente e equipe de saúde⁽⁵⁾.

Diante do exposto, surge a questão de pesquisa: como a equipe de enfermagem tem identificado o paciente para alcançar a meta de segurança? A partir de tal questionamento, foi formulado o seguinte objetivo: Avaliar as ações e estratégias realizadas pela equipe de enfermagem para alcançar a meta de segurança de identificação dos pacientes em uma unidade de internação de um hospital filantrópico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso qualitativo. O estudo de caso tem por objetivo analisar uma unidade social, buscando responder “como” e “por que” os fenômenos ocorrem. Por isso, é ideal para estudos organizacionais que buscam retratar a realidade de forma completa e profunda⁽⁸⁾.

O cenário de pesquisa foi um hospital de ensino localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, escolhido por se tratar de um local de referência com atendimento a nível integral e de média complexidade, com estratégias de gerenciamento de riscos e segurança do paciente. Trata-se de um hospital vinculado como Hospital de Ensino e possui serviço de Nefrologia, Quimioterapia, Hemodinâmica, Urgência e Emergência, Centro de Tratamento Intensivo adulto tipo II. Oferece serviço de internação e de Pronto Atendimento de urgências e emergências à população da cidade e a uma microrregião de oito municípios.

A população do estudo foi composta por cinco enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem (total da equipe de enfermagem diurno e noturno) que atuavam na Clínica médica e cirúrgica. Os critérios de inclusão foram: ser

enfermeiro ou técnico de enfermagem nas unidades de Clínica cirúrgica e Clínica médica que não estivesse afastado do cargo por qualquer motivo, tempo mínimo de vínculo na instituição de um ano. Um técnico de enfermagem estava de licença e dois não entraram no critério de tempo mínimo de um ano. Portanto, os participantes da pesquisa foram: cinco enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem. A escolha por expandir a amostra a equipe de enfermagem foi pelo interesse de compreender como se dá a identificação dos pacientes sob a ótica desses profissionais, que tem uma formação na área da saúde, e por serem os que passam mais tempo em contato direto com os pacientes.

A coleta de dados foi realizada de junho a julho de 2016, por meio de entrevistas, com roteiro semiestruturado, previamente elaborado e testado por teste piloto pelo pesquisador. O teste piloto foi realizado com dois profissionais de enfermagem de outro setor, sem necessidade de alteração nas questões, e não foram incluídos na análise de dados. As questões abordavam: a importância da correta identificação dos pacientes, ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem, a existência de treinamento e registros de erro de identificação. As entrevistas ocorreram dentro do próprio setor, em uma sala reservada, agendadas previamente, o que se configurou em um local favorável para o participante expor com tranquilidade e segurança as suas vivências. Os depoimentos foram gravados mediante autorização dos participantes do estudo com duração de aproximadamente 30 minutos e posteriormente transcritos na íntegra. Para assegurar o anonimato dos participantes foram referidos pelas letras TE e E, respectivamente, precedido do número das entrevistas.

Para análise dos dados, foi realizada a técnica de análise de conteúdo que propõe três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Assim, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das questões das entrevistas, de forma a interagir com o texto e obter uma compreensão sobre o que o sujeito buscava transmitir. Em seguida procedeu à exploração do material colhido, com categorização e, por fim, o tratamento dos resultados onde o pesquisador procurou torná-los significativos válidos à pesquisa, analisados à luz da literatura⁽⁹⁾.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, após com parecer nº 1.512.189.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao sexo, predominou-se o feminino (70%), a faixa etária encontrada foi de 22 a 53 anos. O tempo de formação variou entre 08 a 31 anos. Foram identificadas

escala de trabalho diário de 12 por 36 horas. A partir dos dados obtidos, foi possível construir quatro categorias de análise: Identificação do Paciente: concepções, ações e dificuldades vivenciadas; Identificação do Paciente: riscos existentes; Estratégias para desenvolver a cultura de segurança do paciente.

Identificação do Paciente: concepções, ações e dificuldades vivenciadas

Dentre as ações realizadas pelos participantes da pesquisa na identificação do paciente, foram citadas: Admissão do paciente, preenchimento dos dados no prontuário, identificação no leito, preenchimento de impresso próprio no posto de enfermagem e atentar para tratar o paciente sempre pelo nome e sobrenome, como identificados nos depoimentos:

[...] o enfermeiro admite na Sistematização da Assistência de Enfermagem. [...] a gente leva, o nome do paciente fica no prontuário, fica afixado na parede, e toda vez, os técnicos são orientados assim que for abordar o paciente, perguntar o nome dele. (E3)

[...] Considero importante porque é um fato que se não for relevado, pode trazer sérias consequências, pode medicar um paciente errado, levar um paciente errado pra fazer um exame, uma cirurgia. Então assim, a identificação é a base de tudo. (E2)

[...] sempre quando paciente da entrada no setor, ele já vem com esse papel de identificação dentro do prontuário, desde lá da recepção [...]. Alguns setores como a C e a D tem as meninas que são responsáveis por isso, são as cuidadoras nelh, elas fazem essa função, mas muitas vezes na ausência delas ou quando a gente esta substituindo outro paciente no setor, os técnicos que colocam e mesmo que os técnicos não coloquem eu também coloco, mas sempre fico atenta quanto isso, de estar identificado ou não. (E5)

Foi identificada a preocupação dos participantes com a correta identificação do paciente, uma vez que afeta o cuidado de enfermagem e gera insegurança por parte da equipe e dos próprios pacientes. Pesquisas evidenciam que a identificação do paciente possui tem por finalidade determinar com segurança a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento e assegurar que a ação executada seja efetivamente o que o paciente necessita. Falhas durante a fase de identificação do paciente podem ocorrer desde o início, no momento em que ele ingressa no sistema de atendimento, não recebendo a devida atenção, podendo provocar erros em vários momentos desse processo e conseqüentemente, falhas nas seguintes fases de atendimento, sendo a identificação primordial na garantia de qualidade e segurança do serviço prestado^(5,7,10).

Entretanto, houve relato de não identificarem o pa-

ciente, justificando que no quarto ficava apenas um paciente ou devido ausência de erros:

[...]eu já não tenho esse costume de colocar o nome, mas isso confunde mais é na enfermaria, que pode ter uns nomes parecidos mesmo, [...]. Que aqui nos apartamentos, como é individual, a gente põe o leito, o horário da medicação e a via que vai ser administrada.” (TE4)

[...] a gente faz a identificação no leito, na hora da medicação mesma coisa, a gente anota o número do quarto e o nome do paciente, nem que seja só aquele pedacinho do nome, mas se for para, se for o SUS, por exemplo, já é mais complicado, é três no mesmo quarto ou dois no quarto, aquilo ali já é bom você colocar pelo menos uns dois, nome e o sobrenome, para ficar mais fácil, porque costuma internar paciente com mesmo nome” (TE6).

[...] eu coloco o nome no leito, o nome e o nome da medicação. Não faço isso sempre não, mas eu sempre tento colocar dessa forma, igual, eu nunca cometi o erro de errar essas coisas, mas eu costumo mais na hora da presa colocar o leito mesmo[...].(TE2)

Os relatos demonstram que os participantes possuem pouco conhecimento sobre o tema Segurança na identificação do paciente e falta de treinamento específico. A identificação do paciente não se revela uma prática segura, havendo possibilidade de ocorrer troca dos nomes em qualquer procedimento a ser realizado, por vários motivos como: desatenção, cansaço, troca recente de pacientes e mudança de quarto., porém alguns reconhecem o assunto como primordial e sentem a necessidade de se informar e afirmam que o hospital deveria incentivar, estimular e investir nesse assunto, o que demonstra interesse por parte de alguns em oferecer uma assistência de qualidade e ter sua prática segura.

Alguns autores enfatizam que é indispensável gerenciar as condições de trabalho dos profissionais e a responsabilidade das empresas prestadoras de serviços de saúde, considerando que as ocorrências éticas ou erros ocorrem quando as ações dos profissionais se mostram negligentes, imprudentes ou mesmo realizadas sem a devida habilidade técnica ou conhecimentos necessários para consecução segura dos cuidados de enfermagem e com qualidade⁽¹⁰⁾.

Os participantes não reconhecem uma prática de treinamentos realizados sobre a identificação correta de pacientes, conforme depoimentos:

Eu não tenho informação, não sei te falar se tem alguma comissão diretamente assim ligada não. [...] é uma boa pergunta (Risos). (TE1)

[...] que as vezes, o hospital não dá tanta importância assim. [...] interna o paciente, por conta da gente mesmo, fica querendo é evitar alguma coisa, mas é uma

questão que deveria ser bem mais trabalhada, que é de suma importância. (E2)

De identificação (treinamento)? Não, que eu lembre não. (TE3)

É comum, na prática, consentir em ser o gerente ou coordenador do setor, como o único responsável pela busca por conhecimento, comprometendo a prática segura e aumentando a possibilidade da ocorrência de erros. A identificação do paciente é importante para prevenção de erros e complicações decorrentes da entrega de procedimentos, resultados de exames, medicação, dentre outros, ao paciente errado. A falta de adesão da equipe de enfermagem aos instrumentos de notificação dos EAs indica divulgação e esclarecimentos insuficientes, falta de hábito, insegurança e até mesmo resistência em mudar a postura frente aos EA⁽¹¹⁾.

As dificuldades vivenciadas pelos participantes para realizar a correta identificação, identifica-se a sobrecarga de trabalho, interrupções e a falta de experiência dos profissionais

Alguns participantes da pesquisa afirmaram sobrecarga, cansaço e interrupções. Afirmaram ser possível acontecer o erro, mas a identificação minimiza a possibilidade de qualquer tipo de falha, principalmente quando associado à dificuldade de concentração na hora de se executar as atividades devido ao interrupções do trabalho por diversos fatores: telefone tocando o tempo todo, pessoas chamando a toda hora, o que pode levar à distração, resultando em erro, segundo os relatos:

[...] a gente tem que estar ligada, acho que é por isso que a cabeça da gente cansa muito quando a gente sai daqui. Pode ter dois pacientes que parece que tem doze, porque cansa. Porque a gente tem muita coisa que tem que guardar mesmo [...]. (TE 5)

[...] através da identificação você corre menos risco de errar, porque errar, todos nós erramos, porque somos humanos. [...] ao mesmo tempo que a gente está preparando a medicação, telefone está tocando, colega está questionando alguma coisa, acompanhante está chamando, alguém está gritando [...]. (TE1)

Um trabalho detectou que aproximadamente 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram à sobrecarga de trabalho de enfermagem aumentaram o número de dias de internação dos pacientes estudados. Demonstrou-se que a sobrecarga de trabalho de enfermagem também esteve associada a um aumento de risco de mortalidade dos pacientes nas UTIs avaliadas⁽¹²⁾.

Outra dificuldade identificada foi a falta de experiência dos profissionais, falta de continuidade da assistência, profissional recém contratado e ausência de supervisor no plantão o que ocorre com frequência na instituição estudada. São fatores de risco ao paciente, bem como

para o próprio profissional que trouxe em seus relatos uma preocupação acerca de possíveis falhas, o que os deixam inseguros recorrendo aos familiares, de acordo com os depoimentos:

[...] é bom para o paciente também se alguém da família estiver, ficar atento, porque está tendo muito funcionário novato, está acontecendo algumas coisas sim. A noite não é tanto, porque o pessoal que estão à noite já tem mais tempo, mais experiência, já estão instruídos. (TE4)

[...] eu só não sei te explicar como é, porque a gente, eu trabalho à noite, então a gente não está à par de tudo da assistência, então não tem continuidade, fica difícil [...]. (TE8)

Em um estudo desenvolvido em centro cirúrgico de um hospital privado aponta desafios aos futuros profissionais, em todas as áreas de formação, revestindo-se de grande complexidade e importância, em relação aos ensinamentos da universidade, mas também a formação adequada do estudante. A prática educacional tradicional provoca um descompasso entre o discurso e as demandas no âmbito da formação humana e profissional. Assim, concomitantemente aos resultados da presente pesquisa aponta-se que o ensino sobre segurança do paciente precisa ser expandido e aprofundado para que os profissionais assumam uma prática de acordo com protocolos e preconização da Organização Mundial da Saúde. A inserção e a tentativa de unificação dos conteúdos sobre segurança do paciente ainda são uma proposição recente nas escolas do Brasil, e não faz parte dos objetivos escolares⁽¹³⁾.

Identificação do Paciente: riscos existentes

De acordo com os depoimentos dos participantes os riscos existentes relacionados à identificação incorreta dos pacientes estão relacionados à Administração de medicamentos de forma insegura e à realização de cirurgias e procedimentos diagnósticos errados.

Com relação à administração de medicação incorreta, podem ser observados nos depoimentos a seguir:

[...] eu já não tenho esse costume de colocar o nome, mas isso confunde mais é na enfermaria, que pode ter uns nomes parecidos mesmo, [...]. Que aqui nos apartamentos, como é individual, a gente põe o leito, o horário da medicação e a via que vai ser administrada. (TE4)

[...] ouvi falar que gente trocou remédios [...]. Ele trocou a medicação, uma medicação que não era pra ela, era para outro, aí ele fez a medicação trocada!. (TE10)

[...] Eh, o nome era diferente, veio errado da farmácia, não conferiram, e quase fizeram a medicação errada, [...]. (E1)

○ cuidado prestado aos pacientes hospitalizados é

complexo e requer execução de qualidade e sem gerar danos ao indivíduo. Os profissionais relataram não ter o costume de identificar os pacientes, confiando em suas capacidades de memorizar os mesmos em clínicas particulares e também citaram erros ocorridos, o que poderia ter sido evitado com a devida identificação do paciente.

Os EA relacionados a medicamentos extrapolam as situações que envolvem drogas concentradas e de alta vigilância. Os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos estão entre as mais frequentes falhas nos cuidados em saúde, sendo importante destacar que muitas vezes, estas situações poderiam ter sido evitadas nas três principais fases do processo de medicação: prescrição, dispensação e administração, as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas, o que poderia ser evitado com a correta identificação do paciente⁽⁷⁾.

Outro risco encontrado refere-se ao encaminhamento para a realização de cirurgias e procedimentos errados, o que implica em na meta de cirurgia segura, como relatado a seguir:

[...] O pessoal do bloco pede paciente de um setor não é pelo nome, pede paciente às vezes pelo, pelo leito, ou pelo ah: “desce com o paciente do Dr.” Pede pelo nome do médico, isso é um grande problema, isso inclusive já gerou vários transtornos. (E2)

[...] uma vez o médico pediu pra descer com o paciente que no caso tinha que operar a perna, aí levaram o paciente para drenar o tórax, que o paciente estava com empiema pleural supostamente, levaram o paciente, abriram, meteram o dreno no tórax do paciente, não saiu nada, foi ver não era o paciente, aí gerou uma discussão muito grande, porque na época, o cirurgião falou: “Não, tem que mandar o paciente embora, ó, o funcionário embora”, e eu até intervi: “assim ó, tudo bem, o cara errou, mas quem abriu o paciente. Você enfiou um tubo no cara sem saber quem é ele. (E3)

[...] Aqui no setor, paciente já foi chamado pra fazer tomografia, e era um outro paciente, e, o paciente que desceu era um paciente que não tinha nada a ver com o quadro que necessitava de tomografia, era um paciente com fratura, politrauma, que estava com tração, inclusive foi muito difícil descer com esse paciente, manipular, tirar ele do leito, tirar com tração. As pessoas questionaram, a pessoa do centro de imagem confirmou que era aquele paciente, aí só quando chegou lá que foi ver que não era. Já teve pacientes também que foram para o bloco cirúrgico equivocadamente também [...]. (E2)

Os profissionais de enfermagem relataram sobre as dificuldades de relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde, na troca de informações, assim como o descaso e desinteresse em conhecer o paciente e sua

real situação, e não realização da visita pré-anestésica, o que gerou conflitos e procedimentos desnecessários.

Uma análise sobre o grau de conhecimento do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS pelos ortopedistas brasileiros em novembro de 2012 no Rio de Janeiro sobre o uso do Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, verificou-se que dentre os 502 ortopedistas respondentes, 40,8% relataram ter vivenciado a experiência de cirurgia em paciente ou em local errado e 25,6% deles apontaram “falhas de comunicação” como responsáveis pelo erro. No total de respondentes, 36,5% relataram não marcar o local da cirurgia antes de encaminhar o paciente ao centro cirúrgico e 65,3%, desconhecer total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS. Desses ortopedistas, 72,1% nunca foram treinados para o uso do protocolo⁽¹⁴⁾.

Estratégias para desenvolver a cultura de segurança do paciente

A partir dos depoimentos dos participantes foram identificadas estratégias para melhorar a identificação do paciente e conseqüentemente, a segurança do paciente como, a educação permanente, o trabalho em equipe com o núcleo de segurança do paciente e a participação do gestor.

A fala que se segue demonstra como a educação permanente é indispensável na prática segura:

Tem, uma vez por mês tem a educação continuada, aí, um dos Enfermeiros dão. Aí, ele tá baseando nisso, na identificação, (...) pedir medicação correta, pra poder administrar. (TE4)

Ah, eu acho muito importante, tipo assim, é seguro pra ele e pra gente que trabalha também né, então assim, eu acho importante com certeza [...]. (TE14)

A gente tem uma vez por mês, a gente tem tipo como se fosse uma educação continuada. Aí cada mês é de um fazer alguma coisa, mais estão sempre frizando mesmo isso, de identificação do paciente assim que chega. (TE7)

Alguns profissionais relataram que a educação permanente é uma estratégia essencial para a prevenção de erros, pois traz conhecimento e segurança no ambiente de trabalho.

As estratégias educativas e ações gerenciais melhoraram a adesão à identificação do paciente. Pesquisa demonstra que resultados de análise e acompanhamento do indicador de adesão à identificação do paciente, demonstrando um aumento do percentual, passando de 42,9% a 57,8% entre janeiro e abril de 2013, para 81,38% a 94,37% entre setembro e dezembro de 2014, o que foi obtido mediante a esforços empreendidos de fortalecimento da cultura de segurança na instituição, junto com a revisão de processos e adoção de protocolos para

prevenir eventos adversos, entre eles as falhas na identificação de pacientes⁽¹⁵⁾.

Outra estratégia identificada foi o trabalho em equipe com o NSP, enriquecendo o conhecimento da equipe com informações inovadoras, dando ênfase em treinamentos, busca de atualizações, trocas de experiências, trabalhando para implantar a cultura de segurança do paciente:

[...] na CCIH tem uma ala que mexe especificamente com isso, segurança do paciente [...]. Fizemos um treinamento bastante importante no Ainstein lá em São Paulo sobre segurança do paciente, então os Enfermeiros estão bem treinados a esse respeito. [...] Os que foram seriam multiplicadores para os demais aqui na instituição. (E3)

A fala a cima comprova como que a capacitação é de suma importância para aprendizado e atualizações, além de ser uma forma que a administração tem em apoiar a cultura de segurança do paciente como na ida a SP, o que foi fundamental no preparo de enfermeiros, os quais seriam responsáveis por disseminar o conhecimento.

A cultura de segurança estimula os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se valoriza os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos EA, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmo devido uma cultura organizacional punitiva, pautada na culpabilização pode acarretar em omissão dos relatos desses eventos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente⁽¹⁾. Promover a cultura da segurança no sistema de saúde é um fenômeno complexo e reconhecer sua importância e o impacto da cultura de segurança nas organizações é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança^(1, 16).

Uma pesquisa desenvolvida no maior hospital da rede pública de Fortaleza - CE, no período de novembro e dezembro de 2012, permitiu identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente no contexto hospitalar, as quais foram elencadas por enfermeiros assistenciais, tendo merecido destaque aquelas relacionadas à identificação atenta dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos durante os cuidados de enfermagem, a incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta e a identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição. Devido a isso, estratégias como a partir de atualizações, treinamentos, estudos grupais são indispensáveis⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se nesse estudo muitas dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem interferindo diretamente na correta identificação do paciente. Observou-se que as condições de trabalho refletem diretamente no

processo de trabalho e que a educação permanente, trabalho em equipe com o núcleo de segurança do paciente e a participação do gestor são estratégias que precisam ser fortalecidas para manter a cultura de segurança do paciente na instituição.

Com intuito de mudar essa realidade, a equipe estudada relata a necessidade de atualização, treinamentos, presença constante de gestores e a contratação de recursos humanos.

Para que a correta identificação do paciente ocorra de maneira correta e eficaz, é necessário apoio e mobilização da gestão superior e dos trabalhadores. Com relação às limitações, destaca-se o fato que do estudo foi sido realizado na Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, o que impossibilita expressar a realidade de outro hospital. Recomenda-se que novos estudos sejam realizados com intuito de promover a segurança do paciente, focando na identificação do paciente.

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da saúde (BR), Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF); 2014.
2. Tase TH, Lourenção DCDA., Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(2):196-200.
3. WHO. Patient identification. volume 1, solution 2 | May 2007.
4. Ministério da educação (BR). Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais EB-SERH. 1. ed. Março; 2014.
5. Hoffmeister LV, De Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2015 jan-fev; 23(1):36-43.
6. Ministério da saúde (BR). Protocolo de identificação do paciente [internet]. Disponível em: http://www.hospitalsantalu-cinda.com.br/downloads/prot_identificacao_do_paciente.pdf.
7. Ministério da saúde (BR). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1. ed. Brasília: Anvisa; 2013.
8. Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira SA, Xavier ACA. Case study as a nursing research method: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 17]; 26(4):e5360016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e5360016.pdf>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p. l
10. Oliveira RM, Leitão IMTDA, Da Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio R L, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem.* 2014 Jan-Mar; 18 (1).
11. Duarte SDCM, Stipp MAC, De Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015 jan-fev; 68(1):144-54.
12. Novaretti MCZ, Santos EDV, Quitério LM, Daud-Gallottii RM. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm.* 2014 set-out; 67(5):692-9.
13. Bohomol E; Tartali JDA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(4):376-81.
14. Filho GDRM, Da Silva LDFN, Ferracini AM, Bahr GL. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev Bras Ortop.* 2013; 48(6):554-562.
15. Hemesath MP, Dos Santos HB, Torelly EMS, Barbosa ADS, De Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 dez; 36(4):43-8.
16. Silva ACDAB, Rosa DOS. Cultura de segurança do paciente em organização Hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(5):01-10.