

ESCOLA SUPERIOR MADRE CELESTE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KELLY CRISTINA LOPES DE ABREU

**IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Ananindeua

2018

KELLY CRISTINA LOPES DE ABREU

**IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola Superior Madre Celeste, como requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientadora Prof^a Esp. Ralrizonia
Fernandes Sousa.

Ananindeua

2018

KELLY CRISTINA LOPES DE ABREU

**IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola Superior Madre Celeste, como requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Data da Aprovação: ___/___/___.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora
Prof^a Esp. Ralrizonia Fernandes Sousa.

Prof^a. Esp. Micheli Souza de Oliveira.

Enf^a. Esp. Simone Melo dos Santos.

AGRADECIMENTOS

Meus mais profundos agradecimentos à todas as pessoas que fizeram parte desta jornada, primeiramente à Deus, filhas Lissa e Victória à minha querida amiga professora Raquel M. M. Costa e aos meus pais Raimunda Abreu e José Antônio da Silva Abreu e toda família. Pessoas que acreditaram em meu futuro acadêmico a ser explorado, futuro este que nem mesmo eu acreditava. Enfim só Deus, como meu Senhor, auxiliador e cuidador, sabe de todas as coisas e na hora exata, me deu forças para seguir em frente, e por esta razão, tenho imensa gratidão por tudo e a todos que estiveram comigo, orientadores e amigos.

“Aquele que habita no esconderijo do Altíssimo, à sombra do Onipotente descansará.

Direi do Senhor: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei.” (Salmos 91:1,2).

RESUMO

A insegurança nos cuidados de saúde resulta em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e representam uma grande preocupação na atualidade. Assim, instituições hospitalares estão mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Desse modo, a segurança, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos decorrentes da assistência à saúde. O objetivo desse estudo foi identificar na literatura científica evidências relacionadas à identificação segura do paciente no ambiente hospitalar no período de 2013 a 2018. Trata-se de uma revisão Integrativa. A busca ocorreu em três bases de dados eletrônicas, abrangendo o período de 2012 a 2017, com os descritores: “segurança do paciente” *and* “identificação segura do paciente”. Selecionando-se ao final 11 estudos, sendo 04 bases de dados SCIELO, 04 na LILACS e 03 na BDEFN, os quais foram incluídos na amostra desta revisão. Desta análise emergiram duas categorias: A cultura da identificação segura do paciente nas instituições hospitalares; O avanço dos sistemas de informação para a identificação segurança do paciente. Desta forma, conclui-se que a implantação de cuidados corretos ocorre de forma colaborativa, por esta razão as instituições de saúde vêm investindo cada dia mais em sistemas que garantam um menor número de danos causados ao paciente em decorrência de erros na identificação, ou seja, nos cuidados iniciais.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Identificação Segura. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Insecurity in health care results in expressive preventable morbidity and mortality, additional expenses with the maintenance of health systems and represent a major concern nowadays. Thus, hospital institutions are more concerned with guaranteeing quality care to their clients. Thus, security has been highlighted with the implementation of measures to prevent exposure to risks, as well as to damage resulting from health care. The objective of this study was to identify in the scientific literature evidences related to the safe identification of the patient in the hospital environment in the period 2013 to 2018. This is an integrative review the search occurred in three electronic databases, covering the period 2012 to 2017, with the descriptors: "Patient safety" *and* "safe identification of the patient. Selecting at the end 11 studies, being 04 databases SCIELO, 04 in LILACS and 03 in BDEF, which were included in the sample of this review. Two categories emerged from this analysis: The culture of safe identification of the patient in hospital institutions; The advancement of information systems for the identification of patient safety. Thus, it is concluded that the implantation of correct care occurs collaboratively, for this reason the health institutions are investing more every day in systems that guarantee a lower number of damage caused to the patient due to errors in identification, i.e. in initial care.

Keywords: Patient safety. Safe identification. Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
NPS.....	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
PNSP.....	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC.....	Resolução da Diretoria Colegiada
RIL.....	Revisão Integrativa da Literatura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	OBJETIVO GERAL.....	12
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	A ALIANÇA MUNDIAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	13
2.2	POLÍTICAS E REGULAMENTOS EM VIGOR.....	15
2.3	PROTOCOLOS PARA A AMPLIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	15
2.4	IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE.....	16
2.5	O PAPEL DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE.....	18
2.6	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E IMPLICAÇÕES PARA SUA SEGURANÇA.....	19
3	METODOLOGIA.....	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
4.1	A CULTURA DA IDENTIFICAÇÃO SEGURANÇA DO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	33
4.2	PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A IDENTIFICAÇÃO SEGURANÇA DO PACIENTE.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICE.....	47
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada “identificação segura do paciente no âmbito hospitalar: uma revisão integrativa”.....	48
	ANEXO.....	49
	ANEXO A – Orçamento despesas projetos de pesquisa.....	50

1 INTRODUÇÃO

Foi *Hipócrates* em 460 a 370 A.C. que disse, *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. Já nesse período o pai da Medicina tinha a noção, da importância dos cuidados, e a consciência que poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros. Este processo de cuidados, vem ao longo dos tempos sendo estudado, observado e analisado, com um único objetivo, o bem-estar dos pacientes (SILVA, A. C. M. REIS, 2017).

A insegurança nos cuidados de saúde resulta em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e representam uma grande preocupação na atualidade. Logo a padronização de processos tem como objetivo orientar toda a equipe a desenvolver seu trabalho em prol da continuidade, buscando a qualidade no serviço prestado e realizar suas atividades envolvendo pessoas nos processos de maneira orientada, otimizando o tempo e reduzindo custos (RICHA et al., 2014).

Em 1º de abril de 2013 foi instituído pela Portaria nº 529 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que definiu os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente e as principais estratégias para implementação do programa: suporte à implementação de práticas seguras nos hospitais, criação de um sistema de notificação de incidentes, elaboração de protocolos e promoção de processos de capacitação (BRASIL, 2013).

Assim, instituições hospitalares estão mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus clientes. Desse modo, a segurança, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos decorrentes da assistência à saúde (SILVA, 2016).

No Brasil, para a efetivação das metas estabelecidas, iniciou-se monitorização de eventos adversos em 192 hospitais da Rede Sentinela, uma estratégia criada pela Vigilância Sanitária, que passou a funcionar como observatório nos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde. As seguintes, em 2013, instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os

estabelecimentos de saúde no território nacional, para implantar protocolos, núcleos de segurança dos pacientes e notificação de eventos adversos (BARROS, 2014).

A Organização Mundial da Saúde, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI), estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, visando a promoção de melhorias na assistência ao paciente em situações consideradas como sendo de maior risco: identificar corretamente o paciente; melhorar a segurança na prescrição, no uso de administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção; procedimentos e pacientes corretos; reduzir o risco de infecção associado ao cuidado (higienização das mãos); reduzir as lesões decorrentes a quedas (BRASIL, 2013).

A importância dessas metas é promover melhorias específicas na segurança do paciente por meio de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência à saúde, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas (BERNARDES, 2013).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) propõe seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência: cirurgia segura, queda, úlcera por pressão, administração segura de medicação, higiene das mãos e identificação dos pacientes (MILAGRES, 2015).

Diante das percepções de saúde, hoje não basta que médicos, enfermeiros e outros profissionais que prestam assistência sejam completamente comprometidos em conseguir bons resultados. Erros que levem a um dano ao paciente acontecem porque o sistema de saúde e os processos de assistência nunca foram desenhados para que não ocorressem falhas (SILVA, 2016).

A enfermagem pelas características típica de profissão que envolve plantões de 24 horas, procedimentos invasivos e outros pode torna-se importante divulgar sobre as contribuições da enfermagem para a assistência do cuidado seguro ao paciente, que envolvem a realização de cuidados complexos, procedimentos invasivos, permanência de 24 horas ao lado do paciente, torna-se inclinado a erros (CAVALCANTE et al., 2015)

No âmbito da assistência de enfermagem, as falhas nos processos de identificação do paciente estão dentre as causas mais comuns de eventos adversos, estas falhas também ocorrem na administração de medicamentos, nos diagnósticos de exames, ou até mesmo nos procedimentos cirúrgicos, o que acarreta para o paciente um dano muito maior (BRASIL, 2013).

Diante da complexidade dos processos e das instituições hospitalares envolvidas, a segurança do paciente, Tase et al. (2013) como meta, demonstra que a identificação do paciente engloba uma responsabilidade multidisciplinar, é por tanto imperativo que todos os indivíduos responsáveis neste processo, se comprometam quanto aos aspectos de estrutura, desempenho nos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do paciente.

Salientamos considerar que apesar das melhorias tecnológicas e científicas, falhas podem acontecer nos serviços de saúde, pois apresentam diversos aspectos nos hospitais favorecido a ocorrência de erros. Sendo que a enfermagem desempenha um papel fundamental no reconhecimento desses riscos, na assistência ao paciente, estando apta a identificar e oferecer sugestões de grande valia para melhoria da segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

Os cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde e representam uma grande preocupação na atualidade. Logo os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento é ainda mais intrigante, tendo em vista a grande quantidade de processos aos quais trabalhadores e usuários se defrontam, além dos componentes políticos e estruturais (SILVA, 2016).

Diante isso, dados errados no cadastro informatizado poderão causar danos ao processo de atendimento, o processo de identificação por meio de pulseira pode ser visto, como solução para falhas que persistem sem informação confiável para identificação (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Segundo a ANVISA, (2013) alguns fatores podem acontecer por falta de identificação do paciente de forma correta e que:

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada à outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa (ANVISA, 2013).

Assim, compreender a relação entre os erros mais frequentes, os riscos, características dos cuidados à saúde e aporte da rede hospitalar pode fornecer à enfermagem elementos importantes para a melhoria da assistência. Embora os o tema segurança do paciente relacionados aos cuidados de enfermagem venham

sendo abordados amplamente na literatura, torna-se importante conhecer como eles são percebidos e avaliados pelos profissionais implicados na assistência direta ao paciente. Diante desse contexto emergiu a seguinte questão norteadora que irá direcionar este estudo: “Quais as evidências nas pesquisas científicas desenvolvidas pela enfermagem brasileira sobre a identificação segura do paciente no âmbito hospitalar na literatura no período de 2013 a 2018?”

Partindo dessa perspectiva, o desenvolvimento deste estudo é relevante para estabelecer articulações entre os serviços hospitalares, desencadear ações de educação em saúde, contribuir para a redução da mortalidade associada a identificação do paciente além de eventos adversos graves e melhorar a qualidade de vida de pacientes e profissionais.

Além disso, este estudo é importante por investigar as características da produção intelectual acerca da temática, podendo contribuir para outros pesquisadores da saúde ou de áreas correlatas, tendo em vista que os estudos relacionados à segurança do paciente e à participação do enfermeiro na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem são necessários e, ao mesmo tempo, recentes e inovadores, podendo ajudar os profissionais da área a conhecer as causas e os efeitos à saúde do paciente, além de possibilitar treinamentos adequados à prevenção de novas ocorrências e implementação da cultura da segurança nos serviços de saúde em geral.

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar na literatura científica evidências relacionadas à identificação segura do paciente no ambiente hospitalar no período de 2013 a 2018.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever, as evidências relacionadas a identificação segura do paciente no ambiente hospitalar no período de 2013 a 2018;
- Especificar na literatura científica as principais dificuldades para a implantação da identificação segura do paciente no ambiente hospitalar;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ALIANÇA MUNDIAL PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Dois fatos importantes demonstraram avanço a qualidade de serviço no Brasil o primeiro foi a Organização Mundial de Saúde (OMS) que em 2004 criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança para Segurança do Paciente), com o objetivo de socializar e conscientizar os conhecimentos e soluções por meio de programas e iniciativas internacionais para garantir a segurança dos pacientes global ou seja enfrentar problemas com a temática. E o segundo em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), um benefício instituído pela ANVISA, abrangendo ações para segurança do paciente, incluindo os seis protocolos ou metas de segurança do paciente (FONSECA, 2016).

Segundo Tomazoni (2015), as estratégias do PNSP é gerar a cultura de segurança a qual se define um acordo com os padrões comportamentais de valores, atitudes do indivíduo ou do grupo que podem indicar formas como realizarão seu trabalho. Caracterizam como organizações que possui cultura de segurança positiva por meio da boa comunicação, aceitação e compartilhamento da importância da segurança, medidas preventivas adotadas confiáveis.

A cultura de segurança justifica o interesse de pesquisadores pela análise da segurança nas instituições, visto que ocorre um incentivo a melhoria de pontos frágeis que podem ser favoráveis e importante para segurança dos envolvidos e sendo considerada uma avaliação a qual identifica situações de eventos adversos e danos que poderá causar ao paciente e a instituição hospitalar (SILVA et al., 2017).

Mesmo com o amplo enfoque dispensado para o assunto pela OMS e pelos conselhos de classes, percebe-se que o desempenho perfeito de indivíduos e atividades livres de erros ainda é o preconizado nas instituições de saúde, o que dificulta a concepção de sistemas de segurança e com isso, impede o reconhecimento do erro e a possibilidade de aprender com eles (FRANÇOLIN, 2013).

Para o efetivo enfrentamento da variabilidade de aspectos relacionados aos eventos adversos (EA) em serviços de saúde, é necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência (WEGNER, 2011). Nesse sentido, a investigação dos possíveis fatores de risco, fontes e causas dos episódios como

instrumentos para intervir nas questões da segurança e da qualidade, contribui para o entendimento da dinâmica de ocorrência dos danos, orientando as mudanças nas práticas assistenciais e nas regulamentações e instituições (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

As instituições de pesquisa em saúde reconhecem que as causas de um evento não podem ser simplesmente vinculadas às ações individualizadas dos profissionais envolvidos diretamente com o paciente, mas à totalidade orgânica do serviço de saúde, indicando maior atenção às exigências do próprio sistema social e de seus subsistemas e instituições (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Tendo em vista esse cenário mundial, entende-se que as investigações orientadas para melhorar a segurança do paciente têm por objetivo encontrar soluções que permitam melhorar a segurança da atenção e prevenir possíveis danos aos pacientes e propõem um ciclo de investigação que compreende: determinar a magnitude do dano, o número e tipos de EAs que prejudicam os pacientes; entender as causas fundamentais dos danos ocasionados aos pacientes; identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde mais segura; e avaliar o impacto das soluções em situações da vida real (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Assim, essa avaliação necessitará da gestão de riscos a qual, é o processo de identificação avaliação de todos os riscos e incidentes, em todos os níveis da organização a um nível corporativo pelo qual facilita as prioridades e a melhoria da tomada de decisão. Sendo a captação ou qualificação, algo primordial para adquirir informações completas sobre os eventos adversos, erros e quase erros, de forma que eles possam ser usados como aprendizado e prevenção futuras (FRANÇOLIN, 2013).

2.2 POLITICAS E REGULAMENTOS EM VIGOR

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado em função nacional com o objetivo de colaborar para a qualificação do cuidado em saúde nacional. A finalidade de oferecer uma assistência segura promovendo e apoiando a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente que é a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde. Os NSP devem promover a prevenção de incidentes ou erros incidentes, além da integração

dos setores, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente. O NSP tem papel fundamental no melhorar da qualidade e segurança nos serviços de saúde (SANTOS, 2014).

Segundo o Ministério de Saúde desde 2014 até março de 2017 foram implantados um total de 2.333 (dois mil trezentos e trinta e três) Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Verifica-se crescimento aplausível do número de núcleos implantados, aumentando o número de notificações de eventos adversos de 103.285(cento e três mil e duzentos e oitenta e cinco) (ANVISA, 2016).

Diante disso, portarias foram criadas para interligar os núcleos (NSP) favorecendo a qualidade da saúde dos profissionais e pacientes, enfatizando a dinâmica da segurança do paciente de acordo com os critérios da OMS. Critérios importante para futuros profissionais a serem preparados para acertar, pois partem do princípio que, errar é algo inaceitável (EDIPUCRS, 2013).

2.3 PROTOCOLOS PARA AMPLIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Além dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, tanto públicos quanto particulares e a notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente, foram criados Protocolos de Segurança do Paciente para proposição de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde. Mediante a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 entrou em vigor nesta data e Aprova os Protocolos de Segurança do paciente.

Parágrafo único. Os Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Ulcera por Pressão, objeto desta Portaria, que visa instituir as ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional e deve ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil (BRASIL, 2014).

Ampliando ainda mais a favor da qualidade o Ministério de Saúde contribui com mais uma portaria que implementa planos para identificação e redução de riscos Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

Parágrafo único. O Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, objetos desta Portaria, visam instituir ações para a

segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional. Devem ser utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade (BRASIL, 2014).

2.4 IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

Diante o exposto, a recomendação da identificação correta do paciente passou a ser adotada a partir das metas para o alcance da segurança do paciente a nível mundial e, em 2013, foi formalizada por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, o qual enfatiza a promoção e apoio à implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e serviços de saúde.

A ampliação de práticas seguras ocorre para reduzir erros, melhorar e prevenir, buscando qualidade na assistência, propagação de uma cultura de segurança entre paciente – profissional e ambiente. Assim, focada nas seis metas de segurança, tendo como a número um (1) a identificação do paciente, apesar de poucos artigos sobre o assunto, nota-se a preocupação mundial, com situações que ocorrem como: administração de medicamentos, cirurgias, transfusões de sangue e hemoderivados, equívocos de cadastros entre outros (HOFFMEISTER, MOURA, 2015).

Para a efetivação das metas estabelecidas no Brasil, iniciaram-se um acompanhamento e estratégia que foi criada pela Vigilância Sanitária, eventos adversos em 192 hospitais da Rede Sentinela, que passou a funcionar como observatório para o gerenciamento de riscos à saúde. As seguintes, em 2013, instituiu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de auxiliar a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, implantando protocolos, núcleos de segurança dos pacientes e notificação de eventos adversos (BARROS, 2013).

A identificação do paciente é uma ação importante e primária na busca pela segurança na assistência, sendo inclusive no Brasil, solidificada por meio de protocolo norteador para ação. Esta é uma ação com objetivo de garantir que o cuidado seja prestado ao paciente. Portanto, a identificação do paciente tem potencial para reduzir erros e eventos adversos que podem ser desastrosos à saúde ou até mesmo da vida dos consumidores da assistência (CAVALCANTE, 2015).

Assim, o paciente deve estar em segurança que consiste ao Núcleo de Segurança do Paciente (NPS) junto à resolução RDC que institui ações para a segurança do paciente aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, Protocolo de Prevenção de Quedas; Protocolo de Identificação do Paciente e Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Se caso não ocorrer à estruturação da NPS estabelece uma infração sanitária, e nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem agravo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis (MILAGRES, 2015).

Freitas et al., (2014) aponta que erros na identificação podem acarretar além das sérias consequências ao paciente como erros de administração de medicação, realização de procedimentos em pacientes errados e/ou locais errados. Para tanto, uma atenção especial deve ser dada ao tema, já que tantos fatos estão acontecendo, e sendo a identificação dos pacientes um ponto essencial para um cuidado seguro, devemos garantir que estes procedimentos sejam realizados de forma correta considerando a questão como uma medida séria e imprescindível.

No que se refere à administração de medicamentos, de soluções e de hemocomponentes, a ausência de identificação do paciente é descrita por Marinho et al., (2012) como um grande problema. Um relatório divulgado pelo Comitê Nacional de Transfusão Sanguínea do Reino Unido em 2009, identificou que cerca de 70% dos incidentes relacionados a transfusão de sangue ocorreram devido a erros de identificação.

Outro estudo feito por Mendes et al., (2013) constatou que o erro de identificação mais frequente foi a administração de medicamento em paciente errado". Entre os fatores listados pelo autor como causadores dos incidentes estão: perguntar ao paciente seu estado de saúde em vez de confirmar sua identificação; administrar medicamentos em mais de um paciente no mesmo tempo; a existência de dois pacientes com nomes similares; registros de pacientes misturados ao lado dos leitos; etiqueta de identificação da droga vinda da farmácia errada.

Estudo conduzido por Silva e Oliveira (2016) verificou que falhas na identificação do paciente no momento da administração de medicamentos aconteciam por ausência de pulseira no antebraço do paciente, leitos não identificados e não perguntar o nome do paciente.

Freitas et al., (2014) explicam que para garantir a administração segura dos medicamentos, no mínimo cinco certezas devem ser confirmadas: paciente certo,

medicamento certo, dose certa, via de administração certa e horário certo. Para tanto, estas apontam o uso de pulseira de identificação contendo os dados dos pacientes como uma ação relevante para assegurar que o paciente receba a medicação prescrita.

A alternativa proposta no parágrafo acima é um exemplo de estratégia que pode contribuir para a identificação correta dos pacientes. Todavia, muitas outras propostas são descritas por estudiosos da área, e é importante que sejam analisadas e colocadas em prática adaptando-se a cada realidade.

2.5 PAPEL DO ENFERMEIRO E A IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

O enfermeiro deve responsabilizar-se pelo planejamento das ações de enfermagem em recursos materiais adequados e seguros, qualificação da equipe e promoção de condições de trabalho e ambientes adequados para ao cuidado, garantindo a segurança dos pacientes e profissionais. Sendo fundamental identificar e avaliar a percepção de erro de qualquer procedimento. Logo, o enfermeiro está responsável por essa equipe (DIAS, 2014).

Portanto, a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com conhecimento, diálogo associadas ao estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, e fundamentado em atitudes e habilidades na promoção de um ambiente seguro. A qualidade associada à segurança, passa a ser medidas essenciais para a assistência do cuidado prestado (CAVALCANTE, 2015).

Um erro de medicação pode ocorrer dentro de vários processos na instituição de saúde, desde a sua prescrição, transcrição, dispensa, administração até a sua monitorização e independe do resultado (DIAS et al., 2014). Para que isso não aconteça à supervisão direta e permanente é um requisito essencial para o profissional da saúde em processo de aperfeiçoamento (EDIPUCRS, 2013).

Desta forma, a enfermagem deve oferecer cuidado seguro, livre de qualquer dano durante seus cuidados, identificando no sistema de saúde as possíveis falhas, tornando-se uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança (DIAS et al., 2104).

A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. Um aspecto importante é que nessa área os futuros profissionais são

preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável (EDIPUCRS, 2013).

2.6 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E IMPLICAÇÕES PARA SUA SEGURANÇA

A identificação do paciente tem sido reconhecida como a pedra angular na segurança do paciente e a ausência de processo padronizado de identificação nos serviços de saúde pode contribuir para ocorrência de falhas (TASE, 2015). É um processo prioritário entre os inúmeros processos gerenciais e assistenciais nas instituições de saúde, sendo que seus desfechos estão relacionados à falhas catastróficas (PATEL; WU, 2016).

Todas as instituições de saúde devem ter políticas específicas e procedimentos para verificação da identidade do paciente, devendo monitorar a adesão dos membros da equipe a essas políticas. A equipe deve ser orientada quanto à importância da identificação correta dos pacientes e práticas negligentes ou inseguras não podem ser ignoradas ou aceitas. Todo paciente submetido a um procedimento deve esperar da equipe que sua identidade seja cuidadosamente checada e os enfermeiros desempenham papel importante no sentido de assegurar que isso aconteça (BUENO; FASSARELLA, 2012).

A *National Health Service* (NHS), da Inglaterra, estabeleceu como uma de suas prioridades para melhorar a segurança do paciente a redução dos erros de troca de pacientes durante a prestação dos cuidados (JO, 2013).

O *National Center for Patient Safety* (NCPS), nos EUA, identificou que erros de identificação do paciente foram citados em mais de 100 análises individuais como causa-raiz entre janeiro de 2000 e março de 2003 e a *National Patient Safety Agency* (NPSA), na Inglaterra, registrou, entre novembro de 2003 e julho de 2005, 236 incidentes e quase acidentes relacionados à falta de pulseiras de identificação dos pacientes ou pulseiras com informações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A identificação do paciente está prevista na Lei nº. 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde no estado de São Paulo, e prevê que o paciente tem direito de ser identificado e tratado

pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado somente por números ou códigos (SÃO PAULO, 1999).

Em 2013, o MS, em parceria com a Anvisa e Fiocruz, lançou o protocolo de identificação do paciente, recomendando a adoção do protocolo em todos os ambientes de prestação do cuidado, onde são realizados procedimentos, quer terapêutico quer diagnóstico (BRASIL, 2013c).

A identificação do paciente deve ser feita no momento de admissão do mesmo nos serviços de saúde, permanecendo durante todo o tempo em que o paciente estiver em tratamento e deve ser aplicado em todas as instituições de saúde, incluindo pronto atendimentos (PA), e sob qualquer condição de assistência, tais como realização de exames ambulatoriais (BRASIL, 2013c; MOLLON; FIELDS, 2009; ASKELAND et al., 2009).

Apesar de a identificação do paciente ser considerada prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado, incluindo, por exemplo, unidades de pronto atendimento, locais de coleta de exames laboratoriais, atendimento domiciliar e em ambulatórios, a literatura mostra que a identificação é realizada primordialmente em ambientes hospitalares, porém, os erros de identificação podem ocasionar falhas em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Segundo Tase et al. (2015), as não conformidades decorrentes do processo de identificação do paciente implicam em sérios EA, constituindo-se como um fator preocupante da assistência à saúde. Portanto, a identificação dos pacientes é considerada fundamental para o cuidado seguro ao paciente e consiste na utilização de tecnologias, como pulseiras de identificação, essenciais para prevenção de erros não somente durante a prestação de cuidado aos pacientes hospitalizados, mas para paciente que estão em observação em unidades de pronto atendimento e sob qualquer condição de assistência, como realização de exames ambulatoriais (BRITO, 2015).

As pulseiras, além da função de identificar o paciente, podem conter cores que indicam fatores de riscos, tais como: alergias, risco para queda, restrições de membros e alguma outra informação clínica. Entretanto, a ausência de padronização das cores utilizadas segundo indicação coloca em risco a segurança do paciente,

uma vez que muitos profissionais atuam em mais de uma instituição (ARNAUD et al., 2017).

Embora em alguns países pulseiras sejam tradicionalmente utilizadas para a identificação de pacientes internados, a ausência de informação ou informações incorretas limitam a eficácia desse sistema. O uso de cores em pulseiras facilita o reconhecimento visual rápido de alguma questão específica, mas a falta de um sistema padronizado de codificação leva a erros por parte do pessoal que presta o cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Pulseiras de identificação devem conter informações fidedignas para a correta e segura identificação dos pacientes e, geralmente, são colocadas no punho ou em outro membro. Devem ter, pelo menos, dois identificadores, sendo considerados adequados o nome completo, a data de nascimento, o nome da mãe e o número de registro no hospital ou no sistema de saúde nacional, e inadequados a idade, sexo, diagnóstico, médico, número de leito ou do quarto (BRITO, 2015).

No que tange às unidades de centro cirúrgico, a sala de cirurgia é identificada pelos sistemas de hemovigilância como uma área com alto risco para ocorrência de erros de transfusão. Em estudo em que se buscou determinar a frequência da confirmação da identificação dos pacientes durante a administração de hemocomponentes no intra-operatório, foi identificado que 83% dos 77 pacientes submetidos à cirurgia do sistema cardiovascular não tiveram confirmação de suas pulseiras devido à dificuldade de acesso relacionada ao posicionamento do braço do paciente e que em 6,3%, em um total de 426 pacientes, as pulseiras foram retiradas para colocação de linhas adicionais vasculares para procedimentos cardiovasculares (ARNAUD et al., 2017).

Para que a identificação do paciente seja realizada corretamente, foram propostas as seguintes estratégias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007):

- a) Enfatizar a responsabilidade de todos os profissionais em identificar corretamente os pacientes antes da realização de qualquer procedimento, como realização de exames, administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, coleta de exames para laboratório, administração de hemocomponentes e realização do cuidado;
- b) Incentivar o uso de pelo menos dois identificadores, sendo que nenhum dos dois identificadores deve ser o número do paciente ou do quarto;

- c) Verificar a identidade do paciente na admissão ou transferência para outro hospital ou unidade de atendimento;
- d) Padronizar as abordagens para a identificação do paciente entre as diferentes instalações dentro dos serviços de saúde, como dados a serem preenchidos, membro de instalação da pulseira de identificação, uso de cores e placas de identificação do leito;
- e) Fornecer protocolos claros para a identificação de pacientes com identidade desconhecida, formas de distinção da identidade de pacientes com o mesmo nome e abordagens não-verbais para a identificação de pacientes em coma, em confusão e pacientes sob efeito de sedação;
- f) Encorajar os pacientes e familiares a participarem de todas as fases do processo e sobre a importância do mesmo;
- g) Incentivar a rotulagem dos recipientes utilizados para coleta de sangue e outros espécimes, na presença do paciente;
- h) Fornecer protocolos claros para a manutenção da identificação de amostra de paciente em todas as fases pré-analítica, analítica, e processos de pós-analítica;
- i) Fornecer protocolos claros para interrogatório de laboratório, resultados e conclusões de outros testes quando eles não são consistentes com a história clínica do paciente;
- j) Incorporar o treinamento aos profissionais de saúde sobre procedimentos de verificação da identidade do paciente;
- k) Educar os pacientes sobre a importância e relevância da identificação correta do paciente de uma forma positiva.

Devido à importância da identificação correta do paciente e ao uso de pulseiras de identificação, no estado do Espírito Santo foi criada uma Lei Estadual que regulariza o uso de pulseiras de identificação dos pacientes pelos hospitais. A Lei Nº 9.754/2011 determina a obrigatoriedade do uso de pulseiras de identificação (BRASIL, 2013).

Para Hoffmeister et al., (2015), a implementação das pulseiras de identificação “configura-se como uma prática de baixo custo para as instituições e de fácil instalação na rotina dos cuidados dos profissionais de saúde”, além de promover um cuidado seguro.

No Brasil, ainda não há um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente nos hospitais, principalmente relacionada à questão de identificação dos pacientes. A área de pesquisa sobre esse tema é relativamente recente e questões importantes sobre a validade dos métodos empregados na mensuração dos eventos adversos estão em discussão (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016).

As investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão, modificando a prática do cuidado. As ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro atual de eventos indesejáveis (COSTA, 2014).

Nesse contexto, a segurança do paciente assume papel de relevância. A OMS reconhece que se vivencia a era da segurança e que os Estados-membros devem direcionar a sua atenção para essa problemática, e devem desenvolver normas e padrões que promovam um quadro de políticas baseadas em evidências e mecanismos para reconhecer a excelência na segurança do paciente, bem como encorajar a condução de pesquisas (CASSIANI; GIMENES; MONZANI, 2009).

Na literatura nacional há poucos de estudos publicados direcionados à problemática segurança do paciente e, principalmente, relacionados à questão da identificação do paciente. A PNSP traz como uma de suas diretrizes a realização de pesquisas sobre o tema no Brasil (BRASIL, 2013b).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Refere-se a um método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados, permitindo-se obter conclusões gerais devido à reunião de vários estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Souza et al. (2010), conceitua revisão integrativa da literatura como um método que se pauta na leitura sistemática e seletiva de artigos científicos em determinada área, a fim de sintetizar as evidências científicas e a construção do conhecimento sobre esse determinado assunto. De acordo com Marconi e Lakatos (2016) a pesquisa bibliográfica ou de fonte secundária se trata de um levantamento já publicado, em formas de livros, revistas, publicações e artigos.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa descritiva é aquela na qual o pesquisador registra e descreve os fenômenos ou fatos estudados, sem interferir em suas ocorrências, fazendo a aplicação de formulário ou questionário, que são utilizados para posterior análise.

Frente ao objetivo do estudo que é conhecer as evidências que vêm subsidiando a produção científica, na enfermagem brasileira, sobre a identificação segura do paciente no ambiente hospitalar, foram utilizados os sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde. Por meio do acesso online, utilizou as seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEF (Bancos de dados em enfermagem).

Para Krainovich-Miller (2009), a literatura de banco de dados apresenta relatórios de pesquisas já concluídos e os artigos científicos publicados em periódicos constituem uma fonte de informação mais recente, a respeito de quase todos os assuntos cabíveis.

Para o levantamento dos artigos, utilizamos o descritores “segurança do paciente” *and* “identificação segura do paciente”. Ressaltamos que para a busca das publicações, a partir dos descritores, foi realizado um único agrupamento dos mesmos: “segurança do paciente *and* identificação segura do paciente”.

Para a seleção das publicações utilizamos como critérios de inclusão: artigos científicos no idioma português e publicados em periódicos nacionais, artigos que abordem a temática proposta para a pesquisa; artigos publicados no período de 2013 a 2018; artigos completo disponíveis eletronicamente. Foram excluídos capítulos de livros, revisões integrativas, relatórios técnicos, teses de doutorado, reportagens, notícias, editoriais e textos não científicos e artigos em duplicidade e aos que não atendiam à temática proposta neste estudo.

O levantamento foi realizado no mês de setembro de 2018, obtendo-se 114 estudos na base de dados LILACS, 60 na SciELO, 10 na BDEF totalizando 184 publicações. A seguir executou-se a seleção, considerando-se, a princípio, como potencialmente elegíveis, ano e disponibilidade na íntegra, duplicidade nas bases de dados, nesta etapa 141 publicações foram eleitas e delas realizou-se leitura dos títulos e resumos. Nesta etapa foram excluídos os estudos cujos títulos e resumos não abordavam sobre a temática, selecionando-se ao final 11 estudos, sendo 04

bases de dados SciELO, 04 na LILACS e 03 na BDNF, os quais foram incluídos na amostra desta revisão.

Para nortear a coleta de dados utilizou um formulário elaborado pela autora, contendo informações sobre: autor, ano de publicação, base de dados, título, periódico e principais resultados dos estudos.

Para análise dos principais resultados dos artigos selecionados utilizou-se a Análise Temática de conteúdo de Minayo organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. A etapa da pré-análise é composta de leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante exige do pesquisador o contato direto com o objeto a ser estudado, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema (MINAYO, CAVALCANTE. 2010).

A exploração do material, para Minayo e Cavalcante (2010), refere-se ao método de redução do texto às palavras e expressões significativas. A Análise Temática tradicional aborda inicialmente esta fase, dividindo o texto em porções de registro que podem originar palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise. Em seguida, o pesquisador escolhe as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos.

Por fim, o pesquisador efetua a classificação e a agregação dos dados, selecionando as categorias, responsáveis pela especificação do tema. Com base nisso, o estudioso propõe inferências e realiza interpretações, conectando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (SILVA; FOSSÁ, 2015).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seleção dos estudos foi realizada mediante a leitura criteriosa do título e resumo, a fim de verificar a adequação com a questão norteadora. Na sequência foram delimitadas as variáveis para análise, como: título, autores, periódico, base de dados, tipo de estudo, abordagem metodológica, objetivos e os principais resultados como o enfoque temático para análise e discussão dos dados.

Os 11 (onze) artigos selecionados para integrarem este estudo foram codificados, por ordem cronológica (ano de publicação do artigo), de A1 a A11.

Destacamos que esta identificação codificada teve por finalidade facilitar o processo de análise dos dados, com localização do artigo e retomada das leituras sempre que houvesse necessidade.

Não encontramos nenhuma publicação nos anos de 2013 e 2018 que atendessem à temática proposta no estudo. Encontramos duas publicações em 2014 (A1 e A2), quatro em 2015 (A3, A4, A5 e A6), uma publicação em 2016 (A7) e quatro em 2017 (A8, A9, A10 e A11). O Quadro 1 representa o quadro sinóptico desta revisão, com base nas referidas publicações que atenderam aos critérios de inclusão, previamente estabelecidos. Esses artigos estão caracterizados segundo o título do artigo, autores, anos, base de dados, periódico de publicação, tipo de estudo, abordagem e objetivos.

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa. Belém, Pará, Brasil, 2018.

Nº	Título	Autor(es)	Ano	Base de Dados	Periódico	Tipo de Estudo	Abordagem	Objetivo
A1	Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura	SANTOS; CAREGNAT; MORAES.	2014	LILACS	Rev. SOBECC	Pesquisa exploratória, descritiva	Quantitativa com corte transversal	Conhecer a adesão da equipe cirúrgica à Meta 1 da Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde
A2	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	SOUZA E SILVA.	2014	LILACS	Rev. enferm. UERJ;	estudo exploratório	Quantitativa	Analisar, com base nas informações obtidas com os gerentes de risco, as iniciativas implementadas para garantir a segurança do paciente
A3	Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente	HEMESATH et al.,	2015	LILACS	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo descritivo e exploratório	Quantitativa	Analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco
A4	Identificação Da Criança na Pediatria: Percepções dos	SOUZA et al	2015	BDENF	Revista Baiana de Enfermagem	Estudo descritiva exploratória	Qualitativa	Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem sobre identificação do

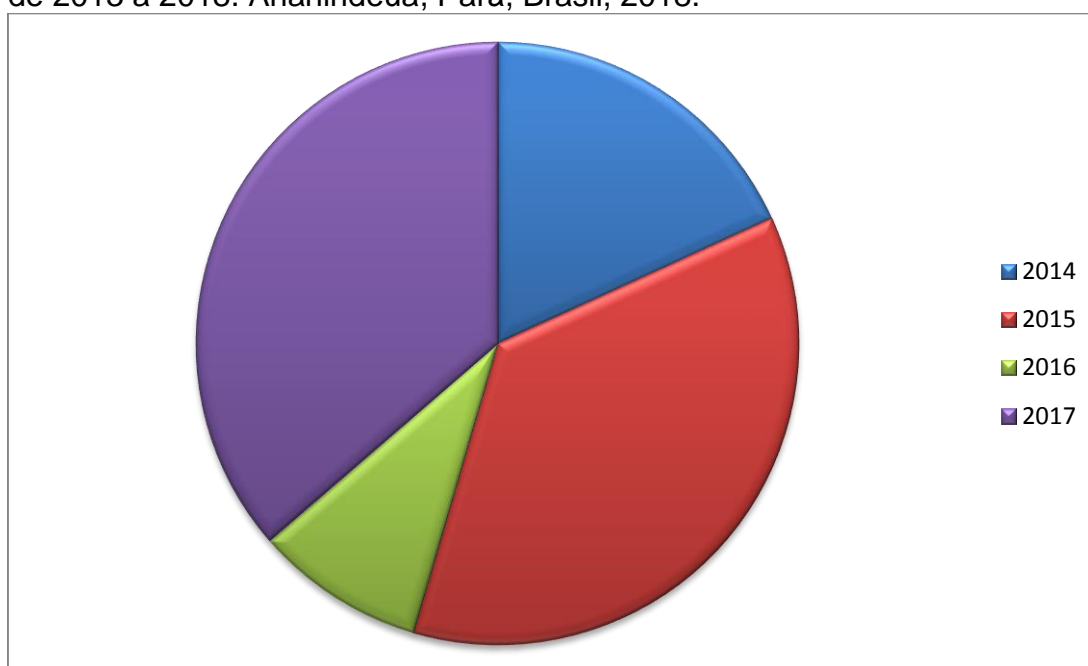
	Profissionais de Enfermagem							paciente pediátrico.
A5	Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras	TASE; TRONCHIN	2015	SciELO	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo exploratória, descritiva,	Quantitativa	Avaliar a conformidade das pulseiras de identificação de mulheres na clínica obstétrica e seus neonatos no centro obstétrico.
A6	Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário	HOFFMEISTER; MOURA	2015	SciELO	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Estudo descritiva e transversal	Quantitativa	Avaliar o uso da pulseira de identificação em pacientes hospitalizados em unidades de internação
A7	Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde.	AZEVEDO et al.,	2016	BDENF	Rev. Enferm. UFPE	Estudo descritivo	Relato de experiência	Descrever a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço de saúde.
A8	Cirurgia segura: validación de checklist pre y postoperatorio	ALPENDRE et al.,	2017	SciELO	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Estudo metodológico	Quantitativo	Desenvolver, avaliar e validar uma lista de verificação de segurança cirúrgica para períodos pré-programados e pós-operatório de unidades de internação cirúrgica

A9	Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica	RIBEIRO et al	2017	SciELO	Cadernos de Saúde Pública	Estudo documental e retrospectivo	Quantitativo	descrever a adesão ao preenchimento do checklist de cirurgia segura e seus respectivos itens em um hospital público
A10	Identificação do paciente em neonatologia para assistência segura	GOMES et al.;	2017	LILACS	Cogitare Enfermagem	Estudo transversal, observacional, documental,	Quantitativa,	Investigação deste estudo a identificação do paciente neonato por meio de pulseiras
A11	Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário	OLIVEIRA; ABREU; ALMEIDA;	2017	BDENF	Enferm. Foco	Estudo transversal e descritivo,	Quantitativo	Verificar a implementação do checklist de cirurgia segura entre equipes multiprofissionais pela auditoria de qualidade em um hospital universitário

FONTE: Dados da Pesquisa, 2018

Na concepção de Polit e Hungler (2004) para que os questionamentos de uma pesquisa sejam efetivamente respondidos, os dados precisam ser processados e analisados de forma coerente, de tal forma que possam ser discernidos e os padrões estabelecidos em uma ordenação satisfatória. Foi buscando essa ordenação e coerência que se desenvolveu a análise dos dados deste estudo a partir da compilação dos mesmos em tabelas e quadros. No gráfico 1 apresentamos a distribuição de publicações dos artigos durante o período de 2013 a 2018.

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação, no período de 2013 a 2018. Ananindeua, Pará, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos identificados nos periódicos nacionais, no período de 2013 a 2018, segundo o nome dos periódicos. Ananindeua, Pará, Brasil, 2018.

Periódico	Frequência
Rev. SOBEC	1
Rev. Enfermagem em foco	1
Rev. Enferm UFPE on line	1
Rev. Acta Paulista de Enfermagem	1
Rev. Baiana de Enfermagem	1

Rev. Gaúcha de Enfermagem	1
Rev. Enfermagem UFRJ	1
Rev. Cogitare Enferm	1
Rev. Cad. Saúde Pública	1
Rev. Latino Americana de Enfermagem	2
Total	11

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Ressaltamos, que de uma forma rotineira, atualmente as revistas científicas são utilizadas como meios de divulgação de resultados de pesquisas mediante indexação nas bases de dados. Ademais, possuem extensa quantidade de leitores, por representar importante ferramenta de divulgação do conhecimento produzido pelas diferentes áreas do saber, junto à comunidade científica nacional e internacional. Ao mesmo tempo proporcionam visibilidade às publicações científicas (ERDMANN et al., 2009),

Tabela 2 – Distribuição dos estudos identificados nos periódicos nacionais, no período de 2013 a 2018, segundo a Base de Dados. Ananindeua, Pará, Brasil, 2018.

Base de Dados	Frequência
LILACS	4
SCIELO	4
BDENF	3
Total	11

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Apesar dos resultados acima encontrarem um maior número de publicações na LILACS e na SciELO, outros estudos encontraram na BDENF como maior número de publicações nessa temática (SOUZA et al., 2010).

Tabela 3 – Distribuição dos estudos identificados nos periódicos nacionais, no período de 2013 a 2018, segundo o tipo de estudo. Ananindeua, Pará, Brasil, 2018.

Tipo de Estudo	Frequência
Exploratória, descritiva	6
Descritiva e transversal,	2
Metodológico	1
Descritivo, documental e retrospectivo	1
Transversal, observacional, documental	1
Total	11

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.1

Tabela 4 – Distribuição dos estudos identificados nos periódicos nacionais, no período de 2013 a 2018, segundo a abordagem metodológica. Ananindeua, Pará, Brasil, 2018.

Abordagem Metodológica	Frequência
Estudo Qualitativo	2
Estudo Quantitativo	9
Total	11

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Em relação às abordagens metodológicas utilizadas nas onze produções científicas, prevaleceu estudo exploratório com abordagem quantitativa, com um total de nove dos artigos que se utilizaram desse tipo de abordagem. Quanto às demais, dois foram de estudo qualitativo.

Diehl e Tatim (2004) inferem que a opção por pesquisa quantitativa é mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados a partir de instrumentos estruturados (como o questionário). Devendo ser representativa de um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são concretos e menos passíveis de erros

de interpretação. Em muitos casos criam-se índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo traçar um histórico de informação.

Markoni e Lakatos (2016) completam ainda que na pesquisa quantitativa como se considera a mensuração, significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-los e analisá-los. E para isso requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas, como, por exemplo, a percentagem, recurso didaticamente visual e impactante na apresentação de resultados.

Consideramos que cada abordagem pode ter seu espaço específico e adequado, a partir do ponto em que passamos a compreender que a questão central da cientificidade de cada uma delas é de outra ordem: da qualidade intrínseca das pesquisas realizadas, incluindo-se, sua pertinência, relevância e o uso adequado de todos os instrumentos que devem ser utilizados.

No que concerne à categoria profissional dos autores, destaca-se, autoria de Enfermeiros na sua totalidade dos artigos.

Os onze artigos selecionados foram submetidos a repetidas leituras na íntegra, onde se procurou constatar sobre a identificação segura do paciente no âmbito hospitalar. Assim, os estudos foram categorizados de acordo com suas semelhanças e diferenças metodológicas e de evidências encontradas.

A partir da análise dos dados, identificamos duas categorias: A cultura da identificação segura do paciente nas instituições hospitalares e O avanço dos sistemas de informação para a identificação segurança do paciente.

4.1 A CULTURA DA IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.

Dentre os fatores que dificultam o desenvolvimento de ações em prol da segurança, o artigo A1 destaca a escassez de recursos humanos, a grande demanda assistencial, a forte carga de trabalho, as novas tecnologias desconhecidas para os profissionais. Essa conjunção de fatores leva à produção de intervenções escassamente controladas pelos profissionais, com aumento das complicações nos pacientes e, logicamente, a diminuição da qualidade de atendimento.

Dessa forma, estudos relatam que a avaliação da percepção do clima de segurança entre os profissionais da equipe de enfermagem demonstrou uma

variação de respostas, conforme cada domínio, classe profissional, tempo de atuação e local/unidade (clínica médica ou cirúrgica). Percebe-se que há diferenças significativas entre as unidades, destacando-se que nas unidades pediátricas os enfermeiros tiveram melhores percepções de segurança. Também, os enfermeiros com mais anos de experiência e que trabalhavam em hospitais de ensino apresentaram melhor percepção de cultura de segurança do paciente (BATALHA; MELLEIRO, 2015),

Conforme o estudo A6 expõe o desenvolvido no Brasil, em um hospital de ensino, cujos resultados mostraram que, dos 385 pacientes internados, 83,9% utilizavam pulseiras de identificação em conformidade com o procedimento operacional padrão da instituição. Esse mesmo estudo identificou que 11,9% apresentavam algum tipo de erro e 4,2% dos pacientes não utilizavam a pulseira de identificação.

Resultados semelhantes foram encontrados em unidades obstétricas de um hospital universitário, com gestantes e seus recém-nascidos (RN), evidenciou valores um tanto superiores de não conformidade das pulseiras. Os resultados apontaram 41,5% e 77,8% de inconformidade para as gestantes/puérperas da clínica obstétrica e RN do Centro obstétrico, respectivamente. Em ambos os casos, o principal aspecto da inadequação foi referentes às condições das pulseiras (CAMARGO et al., 2017).

A publicação A2 descreve que para melhorar a segurança da identificação do paciente é importante começar na linha de frente promovendo uma cultura não punitiva na qual os enfermeiros e demais profissionais de saúde podem discutir abertamente os erros e identificar os potenciais riscos, que são as tarefas mais importantes para alcançar a segurança do paciente, no que diz respeito à comunicação e a notificação dos erros (GOMES et al., 2017).

Estudos evidenciam que a presença de enfermeiros especialistas no quadro de pessoal não apresentou correlação na percepção de cultura de segurança dos pacientes e a qualidade dos cuidados. Entretanto, confirma-se a hipótese de que há melhoria na cultura de segurança do paciente quando existe a diminuição da ocorrência de eventos adversos (WANG et al., 2014).

O artigo A3 destaca que a enfermagem assume a liderança em segurança nos hospitais, tendo como elementos prioritários à formação, a pesquisa, a prática baseada em evidências e a ideia de que a segurança do paciente é a de todos.

Nesse sentido, as principais barreiras identificadas foram: a posição corporativa dos profissionais, a organização e infraestrutura com uma grande variabilidade, a grande pressão assistencial, a escassa protocolização.

A segurança da identificação paciente no que concerne o cuidado em enfermagem, caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. Entende-se que a situação de erro poderá ocorrer no cotidiano do cuidado de enfermagem seja por imperícias, negligências, imprudências, omissões e que esses erros, muitas vezes, independem da excelência da qualificação do profissional da saúde. Todavia a segurança do paciente é uma responsabilidade legal da enfermagem em garantia a atenção integral do cuidado (ROSA et al., 2015).

No artigo A11 Percebe-se que há diferenças significativas entre as unidades, destacando-se que nas unidades pediátricas os enfermeiros tiveram melhores percepções de segurança. Também, os enfermeiros com mais anos de experiência e que trabalhavam em hospitais de ensino apresentaram melhor percepção de cultura de segurança do paciente.

Resultados semelhantes foram encontrados na UTI neonatal de um hospital privado brasileiro. Nesse hospital, a avaliação do desempenho do protocolo de identificação do paciente demonstrou taxas de 82,2% para a conformidade geral e 17,8% de não conformidade. Outro estudo, realizado em unidades obstétricas de um hospital universitário, com 400 gestantes e seus recém-nascidos (RN), evidenciou valores um tanto superiores de não conformidade das pulseiras. Os resultados apontaram 41,5% e 77,8% de inconformidade para as gestantes/puérperas da clínica obstétrica e RN do Centro obstétrico, respectivamente. Em ambos os casos, o principal aspecto da inadequação foram referentes às condições das pulseiras (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

O artigo A7 descreve uma auditoria realizada em hospital pediátrico de alta complexidade constatou um percentual bem inferior na adesão às práticas de identificação pela equipe de saúde. As crianças corretamente identificadas corresponderam a 8% na Emergência, 25% nas internadas no hospital dia e uma média 35,6% nas outras unidades de internação.

A presença de enfermeiros especialistas no quadro de pessoal não apresentou correlação na percepção de cultura de identificação dos pacientes e a qualidade dos cuidados. Entretanto, confirma-se a hipótese de que há melhoria na

cultura da identificação do paciente quando existe a diminuição da ocorrência de eventos adversos (MELO; BARBOSA, 2013).

4.2 O AVANÇO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A IDENTIFICAÇÃO SEGURANÇA DO PACIENTE.

Como destaca o artigo A4 a percepção de identificação do paciente pelos profissionais de enfermagem é uma dimensão que sofre influência de processos e sistemas existentes nas unidades operacionais do hospital para prevenir os erros e os problemas percebidos. Estudo A8 descreve em sua pesquisa acerca das percepções dos profissionais da enfermagem sobre a identificação do paciente pediátrico apontou que a equipe reconhece o processo de identificação do paciente como primordial ao aprimoramento da segurança, tanto do paciente como do trabalho do profissional.

Desse modo, é garantido ao paciente o direito de receber o cuidado planejado, o que minimiza as chances de erro e, aos profissionais, previne erros humanos e suas consequências potenciais. A falta de comunicação pode comprometer significativamente a segurança do paciente e os resultados de atendimento a este, sendo um dos principais fatores contribuintes para os erros (HUNG et al., 2016).

Dessa forma, a publicação A10 mostra que os enfermeiros que trabalham em hospitais reconhecem que a falta de comunicação, formação inadequada, relações de trabalho deficientes e o medo da punição à ocorrência dos erros a partir da notificação de eventos adversos sejam fatores relevantes na cultura de segurança do paciente.

Apesar dos avanços nas discussões sobre segurança do paciente, o processo de identificação por meio de pulseiras ainda apresenta lacunas no que se refere à implementação e monitoramento dos protocolos por parte dos profissionais de saúde, gestores, entidade de classes e do paciente.

Na prática, o estudo A9 verificou-se que somente 34% dos pacientes internados utilizavam a pulseira de identificação correta. A equipe clínica apresentava altos níveis de conhecimento e consciência em relação às políticas nacionais e locais de identificação. Já a equipe não clínica (porteiros e secretários)

tinha baixo conhecimento dessas políticas, o que é um aspecto negativo, pois suas ações também expõem pacientes a erros de identificação.

Embora a identificação por pulseiras seja considerada uma estratégia básica, com evidências que comprovam sua efetividade na redução de erros, ainda não havia sido implementada em uma proporção considerável dos hospitais. As questões culturais e comportamentais, denominadas transversais, podem influenciar na adesão dos profissionais aos protocolos institucionais de práticas assistenciais. Portanto, devem ser efetivamente abordadas e explanadas com a equipe de saúde da instituição, bem como com os pacientes

O artigo A5 descreve a inconsistência no processo de verificação dos dados da pulseira pela equipe, ocorreu com mais frequência em determinadas circunstâncias, como transfusão de sangue e administração de medicamentos. Já em outras circunstâncias, como a realização de cuidados e transferência dos pacientes, as inconsistências ocorreram com menor frequência. As intervenções abordaram estratégias de educação dos profissionais, modificação do tipo de pulseiras para o estabelecimento de parcerias e envolvimento dos pacientes/familiares sobre a importância da identificação.

A segurança do paciente pode ser melhorada com a instauração da cultura não punitiva, na qual os enfermeiros discutem os erros e os potenciais riscos de eventos adversos. A cultura organizacional comprometida com a segurança do paciente incentiva a notificação da ocorrência de incidentes adversos, na perspectiva de minimizar as subnotificações e contribuir para a qualidade do atendimento nos hospitais (BARROS et al., 2014).

O artigo A4 expõe que a verificação consistente pelos profissionais de saúde dos dados de identificação contidos na pulseira de identificação é fundamental para garantia de um cuidado seguro. No que se refere ao cumprimento de diretrizes e protocolos pela equipe, um aspecto que merece reflexão é a educação e conscientização dos trabalhadores da saúde, para que valorizem a identificação inequívoca do paciente independente de suas condições clínicas, do tipo de cuidado prestado e do tempo de internação.

Nessa linha de pensamento, Hung et al. (2016) enfatizam que uma das mais simples estratégias para a redução do risco de erros de identificação constitui-se em instruir o paciente a mostrar suas pulseiras de identificação aos profissionais de saúde antes da prestação dos cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, tem-se assistido ao pleno desenvolvimento de políticas e estratégias globais em países com diferentes níveis de desenvolvimento, implantadas pela Organização Mundial da Saúde. Dessa maneira, a opção estratégica pela segurança tem sido incluída nas agendas das instituições, organizações e sistemas de saúde

O desenvolvimento da presente pesquisa possibilitou identificar as publicações nacionais e internacionais acerca da identificação do paciente por meio do uso de pulseiras e suas implicações para o cuidado seguro no contexto hospitalar. Evidenciou-se, por meio dos estudos selecionados, a multiplicidade de fatores envolvidos em tal processo e o enorme desafio das instituições de saúde em alcançar níveis aceitáveis de conformidades referentes ao processo de identificação.

Foi possível perceber a importância do monitoramento e da abordagem do processo na sua totalidade, bem como o desenvolvimento de estratégias gerenciais que promovam melhoria contínua nos aspectos de ordem estrutural e de processos, para impactar nos resultados do cuidado de saúde mais seguro. Também se percebeu a relevância de ações de promoção da cultura de segurança institucional, como envolvimento de gestores, equipes assistenciais e do próprio usuário do serviço de saúde.

A análise permitiu ressaltar que, apesar de ser uma temática bastante discutida atualmente, há que se pesquisar de forma a atender aos anseios dos profissionais sobre métodos adequados de conduzir e melhorar a qualidade da assistência prestada por meio do controle e prevenção dos eventos adversos, com vistas a alcançar uma melhor avaliação da qualidade do cuidado.

Embora as discussões e as iniciativas no sentido de assistir com segurança estejam se desenvolvendo e conquistando dimensões significativas percebe-se, ainda, lacunas no que tange à implementação efetiva e ao monitoramento dos protocolos de identificação do paciente, por parte dos profissionais de saúde, gestores de serviços, entidades de classe, e por que não dizer, do próprio usuário.

Assim, há que se pensar no envolvimento e na responsabilidade do profissional de saúde e do usuário como elementos constitutivos para a eficácia do processo de identificação nos estabelecimentos de saúde.

A contribuição da equipe de enfermagem vai desde métodos educacionais de reeducação para que haja uma cultura de identificação segurança até a identificação de erros, não como método punitivo, mas como auxílio para o aprimoramento da segurança do paciente. A enfermagem desempenha papel fundamental com vistas a uma assistência segura e eficaz, sendo responsável por supervisionar e anotar os EA como procedimento de segurança e expondo aos demais profissionais da saúde a importância de proporcionar um ambiente que seja seguro para si e para o paciente.

A necessidade de uma mudança de comportamento é notória. A cultura de segurança deve ser instituída e incorporada por toda a equipe de saúde. Entende-se que a segurança do paciente deve ser uma meta de todos os membros da equipe de saúde; este estudo se limitou a compilar as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem, portanto, há necessidade de novos estudos, com o objetivo de analisar a atuação de outros profissionais da saúde e suas práticas voltadas à segurança do paciente.

Acredita-se ser necessário, além da padronização de ações, instituir a avaliação da qualidade dos serviços, considerando os aspectos de estrutura, dos processos, bem como mensurar e divulgar os resultados minimizando os riscos advindos da identificação incorreta dos usuários, os quais culminam, na maior parte das vezes em agravos à saúde, retratados pelas morbidades ou mortes.

Como limitações deste estudo, pode-se considerar a dificuldade para a comparação dos resultados dos estudos encontrados devido à diversidade metodológica empregada por eles.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Experiências da rede sentinela para a vigilância sanitária**. 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/7919411-Experiencias-da-rede-sentinela-para-a-vigilancia-sanitaria.html>>. Acesso em: 05 out. 2018.
- ALPENDRE, F. T. et al. Cirurgia segura: validación de checklist pre y postoperatorio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [Revista en Internet], p. 1-9, 2017.
- ARNAUD, Mickael et al. Methods for safety signal detection in healthcare databases: a literature review. **Expert opinion on drug safety**, v. 16, n. 6, p. 721-732, 2017.
- ASKELAND, R. M. et al. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v.12, n. spe, p.85-89, 2009
- AZEVEDO, Kely Cristina Carneiro de et al. Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 12, p. 4692-4695, 2016.
- BARROS, Ariane Alves et al. Práticas de incentivo à cultura de segurança por lideranças de enfermagem segundo enfermeiros assistenciais. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 12, p. 4330-4336, 2014.
- BARROS, C. G. **Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares**. [Apresentação do Hospital Albert Einstein; 2013; São Paulo]. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/4813865-Seguranca-do-paciente-como-prioridade-nas-organizacoes-hospitalares.html>>. Acesso em: 06 mar. 2018.
- BATALHA, E. M. S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 432-41, 2015.
- BERNARDES, Renata. **Programa Nacional de Segurança do Paciente já tem história para contar**. Os avanços se refletem na aprovação de protocolos e na criação do Comitê de Implementação do PNSP Agosto de 2013. Disponível em: <<https://proqualis.net/noticias/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-ja-tem-historia-para-conta>>. Acesso em: 02 out. 2018.
- BOHOMOL, Elena; FREITAS, Maria Aparecida de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 727-741, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica. Aplicada à Prática**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. INSTITUTO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP).

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº. 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília, DF. 2013c. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancado_paciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 25 jun. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 mai. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2016 [acesso em 9 dez 2015]. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BRITO, Thatianny Tanferri et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 256-62, 2013.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C.S. **Segurança do Paciente**: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2012.

CAMARGO, Fernanda Carolina et al. Prática baseada em evidências: revisão bibliométrica das publicações nacionais em periódicos de enfermagem. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, n. 3, p. 429-439, 2017.

CASSIANI, S. H. B.; GIMENES, F. R. E.; MONZANI, A.A.S. O uso da tecnologia para segurança do paciente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 11, p. 413-417, 2009.

CAVALCANTE A. K. C. B. et al., CARDOSO Rocha R., TOLSTENKO, Nogueira L., DANTAS, Avelino F., SANTIAGO, da Rocha S. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 34, 2015.

COLEÇÃO PROTOCOLOS HMEC 2016 – **Manual de Segurança do Paciente**. Ministério de saúde. Disponível em: <portalms.saude.gov.br/acoes-e.../programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pns>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

COSTA, D. B. **Cultura de segurança do paciente em serviços de enfermagem hospitalar**. 2014. XX f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

DIAS, J. D; MEKANO, C. M. S. T; MASCARENHAS, S. H. Z. Compreensão de Enfermeiros Sobre Segurança do Paciente e Erros de Medicação. **Rev. Min Enferm.** 2014 out/dez; 18(4): 866-873.

EDIPUCRS; 2013 Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre (RS). Disponível <https://proqualis.net/manual/estrategias-para-seguranca-paciente-manual-para-profissionais-de-saude>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ERDMANN, A. L.; MARZIALE, M. H. P.; PEDREIRA, M. L. G.; LANA, F. C. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; PADILHA, M. I. et al. A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2009.

FONSECA, Cintia Nunes et al. Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática?. **Academus Revista Científica da Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 1, abr. 2016. ISSN 1806-9495.

FRANÇOLIN, L. Gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem hospitalar. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

FREITAS, J. S et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 17-21, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso: 10 out. 2018.

GOMES, Adriana Pereira Trindade Sousa et al. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM NEONATOLOGIA PARA ASSISTÊNCIA SEGURA. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e49501, 2017.

HEMESATH, Melissa Prade et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista gaúcha de enfermagem**. v. 36, n. 4, p. 43-48, 2015.

- HOFFMEISTER, Louíse Viecili; DE MOURA, Gisela Maria Schebella Souto. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015.
- HUNG, Chang-Chiao et al. Nurses attitude and intention of medication administration error reporting. **Journal of clinical nursing**, v. 25, n. 3-4, p. 445-453, 2016.
- JO, Junghee et al. Re-examining the requirements for verification of patient identifiers during medication administration: No wonder it is error-prone. **IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering**, v. 3, n. 4, p. 280-291, 2013.
- KRAINOVICH-MILLER B. Revisão de literatura. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2003. **Metodologia científica**, v. 5, 2016.
- MARINHO, Monique Mendes et al. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- MELLO, Janeide Freitas; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2013.
- MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto context-enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MENDES, Walter et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.
- MILAGRES, L. M; **Gestão de Riscos para Segurança do Paciente: O Enfermeiro e a Notificação dos Eventos Adversos. Dissertação de Mestrado** apresentada à Pós graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Juiz de fora – MG. Julho de 2015.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 750-757, 2010.
- MOLLON, D. L.; FIELDS, W. L. Is this the right patient? An educational initiative to improve compliance with two patient identifiers. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 40, n. 5, p. 221-227, 2009.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; DE ABREU, Arthur Rocha; DE ALMEIDA, Stayse Soares. Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 4, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: Organização Pan- Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PATEL, Saharsh; WU, Albert W. Safety Culture in Indian Hospitals: a cultural adaptation of the safety attitudes questionnaire. **Journal of patient safety**, v. 12, n. 2, p. 75-81, 2016.

PEDREIRA, M. da L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 4, p. 313-7, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C.; HUNGLER, B. P. Exploração da pesquisa em enfermagem. In: _____ **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Freevale, 2013.

QUADRADO, Ellen Regina Sevilla; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-667, Aug. 2012.

RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. e00046216, 2017.

RICHA, A.C. et al. Gestão por padronização de processos: a percepção dos enfermeiros de centro cirúrgico. **Rev. SOBECC**, v. 19, n. 1, p. 3-10, 2014.

ROSA, Renata Terezinha et al. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: PERCEPCIONES DE ENFERMERAS. **Ciencia y enfermería**, v. 21, n. 3, p. 37-47, 2015.

SANTOS, Cláudia Moraes dos; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MORAES, Clayton dos Santos. Equipe cirúrgica: adesão à meta 1 da cirurgia segura. **Rev. SOBECC**, v. 18, n. 4, p. 47-56, 2013.

SANTOS, D. S. et al. Segurança do paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v.2, n.2, p.19-30, 2014

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, Poder Executivo, São Paulo, SP, 18 mar. 1999. Seção 1. 1. n. 51.

SILVA, A. C. A; DA SILVA, J. F; SANTOS, L. R. O; AVELINO, V. S. D; SANTOS, A. M. R; PEREIRA, A. F. M A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Rev. Cogitare Enferm.** v. 21 n. esp: 01-09, 2016.

SILVA, A. C. M. Reis; LOURDES, P. Valentim; PAULA, Karina Xavier de; SANTOS, Naira Agostini Rodrigues dos; PERÍGOLO, Rafael. **Revista Educação e Meio Ambiente e Saúde.** v. 7 n. 1, p. 1-13, 2017.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. **Acesso em,** v. 16, 2015.

SILVA, Jacqueline Queroz; OLIVEIRA, Vinícius Bednarczuk. Medicamentos de alta vigilância em meio hospitalar: uma revisão. **Revista Saúde e Desenvolvimento,** v. 7, n. 4, p. 179-194, 2016.

SILVA, Paula Lima et al. Produção científica no Brasil acerca da cultura de segurança do paciente. **Revista Uningá,** [S.l.], v. 54, n. 1, out. 2017. ISSN 2318-0579..

SOUZA, Marcela Tavares de et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.**; v. 8, n.1, p. 102-6. 2010.

SOUZA, Ruth Francisca Freitas; DA SILVA, L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. enferm. UERJ,** v. 22, n. 1, p. 22-8, 2014.

SOUZA, Sabrina et al. Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem,** v. 29, n. 1, 2015.

TASE, Terezinha Hideco et al. Patient identification in healthcare organizations: an emerging debate. **Revista gaucha de enfermagem,** v. 34, n. 3, p. 196-200, 2013.

TASE, Terezinha Hideco; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 28, n. 4, p. 374-380, 2015.

TOMAZONI, Andréia et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem,** v. 24, n. 1, p. 161-9, 2015.

WANG, Xue et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. **International journal of nursing studies,** v. 51, n. 8, p. 1114-1122, 2014.

WEGNER, W. **A segurança do paciente nas circunstâncias do cuidado:** prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. 2011. 156 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety** – a global priority. Bull World Health Organ: Genebra, v.82, n.12, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety solutions**. Collaborating Centre for Patient Safety Solutions: Aide Memoire, v.1, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Ps-Solution2.pdf> >. Acesso em: 13 mai. 2011.

APÊNDICE

APENDICE A – Instrumento de coleta de dados da pesquisa intitulada “identificação segura do paciente no âmbito hospitalar: uma revisão integrativa”

1. Título: _____
2. Autores: _____
3. Base de dados: _____.
4. Ano de publicação: _____.
5. Abordagem metodológica: () Quantitativo () Qualitativo ()
6. Tipo de Estudo: _____
7. Periódico do artigo: _____
8. Objetivos do artigo: _____

ANEXO

ANEXO A – Orçamento despesas projetos de pesquisa

Material	Quantidade	Preço por Unidade	Preço Total
Caneta	10	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Borracha	5	R\$ 0,50	R\$ 2,50
Apontador	2	R\$ 1,00	R\$ 2,00
Lápis	10	R\$1,00	R\$ 10,00
Xérox	500	R\$ 0,20	R\$ 100,00
Grampeador	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Grampos	5cx	R\$ 5,00	R\$ 25,00
Papel A4	01 resma	R\$25,00	\$ 25,00
Transporte	100 Passag. Urbanas	R\$3,30	R\$330,00
TOTAL	—	—	R\$ 524,50