



ADESÃO AO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E MEDICAÇÃO SEGURA

ADHERENCE TO THE PROTOCOL OF PATIENT IDENTIFICATION AND SAFE MEDICATION ADHESIÓN DEL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MEDICACIÓN SEGURA

Natália Zampollo¹, Lígia Márcia Contrin², Lucia Marinilza Beccaria³, Isabela Shumahr Frutuoso⁴, Ana Maria da Silveira Rodrigues⁵, Alexandre Lins Wernek⁶

RESUMO

Objetivo: verificar a adesão da equipe de enfermagem aos protocolos assistenciais relacionados à identificação de pacientes e medicação segura em unidade de terapia intensiva. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, de campo, transversal, descritivo, desenvolvido com pacientes ≥ 18 anos, com tempo de internação na UTI > 48 horas. Coletaram-se os dados por meio de *checklist* à beira do leito. Utilizou-se o teste de Regressão Linear Multivariada para análise de independência e predição entre as variáveis, apresentados em tabelas. **Resultados:** compôs-se a amostra por 945 pacientes, com predomínio do sexo masculino (56,93%) e idosos de 61 a 80 anos (45,19%). Constatou-se que 89,95% apresentavam pulseira de identificação, 99,47% dos leitos estavam identificados com placa e 78,20% das medicações estavam identificadas corretamente. **Conclusão:** verificou-se alta adesão da equipe de enfermagem aos protocolos assistenciais relacionados à identificação do paciente e medicação segura. **Descritores:** Adesão; Equipe de enfermagem; Protocolos clínicos; Eventos adversos; Segurança do paciente; Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Objective: to verify the adherence of the nursing team to the care protocols related to the identification of patients and safe medication in the intensive care unit. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study developed with patients ≥ 18 years of age, with ICU stay time > 48 hours. The data was collected by means of a checklist at the bedside. The Multivariate Linear Regression test was used to analyze the independence and prediction among the variables, presented in tables. **Results:** the sample was composed of 945 patients, with a predominance of males (56.93%) and elderly individuals from 61 to 80 years (45.19%). It was found that 89.95% presented identification wristband, 99.47% of the beds were identified with plaque and 78.20% of the medications were correctly identified. **Conclusion:** there was a high adherence of the nursing team to the care protocols related to patient identification and safe medication. **Descriptors:** Adhesion; Nursing team; Clinical protocols; Adverse events; Patient safety; Intensive care units.

RESUMEN

Objetivo: verificar la adhesión del equipo de enfermería a los protocolos asistenciales relacionados a la identificación de pacientes y medicación segura en unidad de terapia intensiva. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, de campo, transversal, descriptivo, desarrollado con pacientes ≥ 18 años, con tiempo de internación en la UTI > 48 horas. Se recogieron los datos por medio de *checklist* al borde del lecho. Se utilizó la prueba de Regresión Lineal Multivariada para análisis de independencia y predicción entre las variables, presentadas en tablas. **Resultados:** se compuso la muestra por 945 pacientes, con predominio del sexo masculino (56,93%) y ancianos de 61 a 80 años (45,19%). Se constató que el 89,95% presentaba pulsera de identificación, el 99,47% de los lechos estaban identificados con placa y el 78,20% de los medicamentos estaban identificados correctamente. **Conclusión:** se verificó alta adhesión del equipo de enfermería a los protocolos asistenciales relacionados a la identificación del paciente y medicación segura. **Descriptor:** Adhesión; Grupo de Enfermería; Protocolos Clínicos; Eventos adversos; Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos.

¹Apimoranda do Programa de Aprimoramento e Aperfeiçoamento Profissional na Modalidade de Ensino de Pós-Graduação Especialização Lato Sensu na Área de Enfermagem em UTI - Hospital de Base - Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: natalia.zampollo@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7210-9502>; ²Doutora, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: ligiacontrin@famerp.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1897-2097>; ³Doutora, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: lucia@famerp.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6299-4130>; ⁴Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado - da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: isabelashumahr@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8852-0294>; ⁵Mestre (Doutoranda), Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: anasilveira@famerp.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3656-7802>; ⁶Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado - da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: alexandre.werneck@famerp.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-2911-8091>

INTRODUÇÃO

Entende-se que a incidência de eventos adversos repercute significativamente no Sistema Único de Saúde (SUS) em diversos aspectos ocasionando o aumento na morbidade, mortalidade, duração do tratamento dos pacientes e nas despesas assistenciais, além de refletir em outras áreas da vida social e econômica do país.¹ Define-se o evento adverso (EA) em serviços de saúde, entre os variados significados existentes no mundo, como “uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial, e não pela doença de base [...] evitável, não evitável ou erro”, podendo ocasionar prejuízo temporário ou permanente e até mesmo causar a morte entre os usuários dos serviços de saúde.² Mostram-se os dados divulgados pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos que erros na assistência à saúde causam entre 44 mil e 98 mil mortes/ano nos hospitais americanos.³

Sabe-se que, habitualmente, os protocolos são recursos fundamentais na atenção à saúde, definindo-se como o detalhamento de uma situação específica de assistência ou cuidado que contém uma série de instruções operacionais sobre como se deve atuar com a finalidade de direcionar os profissionais nas decisões de assistência, garante a melhor comunicação e evitar erros humanos.⁴

Destaca-se a correta identificação do paciente como uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente a fim de reduzir incidentes e que apresenta dupla finalidade: a princípio, determinar, com segurança, a legitimidade do receptor do tratamento ou procedimento e, posteriormente, assegurar que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente de fato necessita.⁵

Recomenda-se pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que as instituições de saúde desenvolvam programas destacando a responsabilidade dos colaboradores para a identificação correta do paciente, padronizando o uso de pulseiras de identificação que contenham, ao menos, dois componentes identificadores, advertindo o uso de referências aos números de quarto ou leito, além de incluir a atuação efetiva dos usuários e familiares no processo de identificação dos pacientes.⁶

Estima-se que, nos Estados Unidos da América/EUA, aproximadamente 850 pacientes ao ano são transfundidos com hemoderivados destinados a outros pacientes e por volta de 3% morrem.⁷ Vê-se além disso,

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

a maioria dos erros que ocorre na administração de medicamentos está relacionada a falhas de identificação.⁸ Observou-se num estudo em hospital da região Norte do Brasil, que na administração de medicamentos, em 61,2% das doses, não se realizou a identificação dos pacientes.⁹

Mostra-se que outra circunstância considerável relacionada à incidência de eventos adversos corresponde ao sistema de medicação no hospital, que se considera uma atividade complexa que abrange diversas etapas sucessivamente interligadas e envolve vários profissionais, características que, conseqüentemente, podem aumentar a chance de erros.¹⁰

Consideram-se os erros de medicação eventos comuns que podem ocorrer em qualquer fase do sistema e são capazes de atribuir complicações clinicamente significativas e impor custos expressivos ao sistema de saúde.¹¹ Estimativas apontam que os erros de medicação em hospitais ocasionam mais de sete mil mortes anualmente nos Estados Unidos da América gerando relevantes custos tangíveis e intangíveis.¹²

Preconizam-se a correta identificação do paciente e um seguro sistema de medicação no hospital como processos primordiais para se evitarem desfechos indesejáveis relacionados a erros que possam advir da assistência prestada. Enalte-se que além disso, outro aspecto importante é a necessidade de se avaliar as causas, assim como os fatores humanos e estruturais envolvidos nesses processos de modo a permitir a implantação de barreiras de prevenção para se evitar sua recorrência diminuindo os riscos para os pacientes.

OBJETIVO

◆ Verificar a adesão da equipe de Enfermagem aos protocolos assistenciais e eventos adversos relacionados à identificação de pacientes e medicação segura em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, de campo, transversal, descritivo,, desenvolvido em um hospital de ensino do interior de São Paulo/SP, Brasil, em seis Unidades de Terapia Intensiva: Geral SUS (17 leitos), Neurológica (dez leitos), Convênio (23 leitos), Cardiológica (24 leitos), quinto andar SUS (20 leitos) e Unidade de Pós-Operatório (UPO) (10 leitos).

Coletaram-se os dados por meio de *checklist* preenchido por enfermeiros à beira do leito, durante visitas semanais, nos turnos

Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM et al.

matutino, vespertino e noturno, alternadamente, no período de maio a agosto de 2017, utilizando-se, como referências, protocolos, normas e rotinas internas do Serviço de Enfermagem baseados no Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde. Compôs-se o *checklist* de 22 itens relacionados à segurança do paciente e as variáveis de interesse para este trabalho foram a presença de pulseira de identificação, placa de identificação à beira do leito, identificação completa/correta das medicações baseadas no protocolo de identificação do paciente e prática de identificação das medicações.

Incluíram-se neste estudo todos os pacientes adultos (≥ 18 anos) com tempo de internação na UTI superior a 48 horas. Foram excluídos todos os pacientes em procedimento no momento da coleta de dados, recém-admitidos na unidade, considerando a internação menor do que três horas e pacientes com contraindicação dos cuidados assistenciais avaliados.

Utilizaram-se estatísticas descritiva e inferencial analisando-se questões de probabilidade de uma população com base nos dados da amostra. Usaram-se em alguns momentos, dada a necessidade e, para melhor entendimento, os seguintes métodos: média,

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

moda, desvio padrão, regressão linear múltipla, correlação de Pearson, R Quadrado, significância e erro padrão. Usou-se p Teste de Regressão Linear Multivariada para a análise de independência e predição entre as variáveis.

Realizou-se a coleta de dados após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Parecer n.º 2.074.847, respeitando-se diretrizes e normas recomendadas pela Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Ressalta-se que, dos 945 pacientes da amostra, 538 (56,93%) eram do sexo masculino. A faixa etária predominante foi dos 61 a 80 anos ($n=427$; 45,19%) seguida pela de 41 a 60 anos ($n=273$; 28,89%). Viu-se que o tempo de internação variou de até 15 dias a > 60 dias destacando-se que 680 pacientes (71,96%) permaneceram internados na UTI por até 15 dias e 1,98% ($n=14$) apresentaram tempo de internação superior a 60 dias, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra. São José do Rio Preto (SP), Brasil, 2017.

Informação	Registros (N)	Proporção (%)	DP	EP
Sexo				
Masculino	538	56,93	92,63	3,01
Feminino	407	43,07		
TOTAL	945	100,00		
Idade				
Até 20 anos	19	2,01		
21 a 40 anos	107	11,32		
41 a 60 anos	273	28,89		
61 a 80 anos	427	45,19	163,14	5,31
> 80 anos	115	12,17		
Missing	4	0,42		
TOTAL	945	100,00		
Tempo de Internação				
Até 15 dias	680	71,96		
16 a 30 dias	185	19,58		
31 a 45 dias	45	4,76		
46 a 60 dias	15	1,59	264,68	8,61
> 60 dias	14	1,48		
Missing	6	0,63		
TOTAL	945	100,00		

DP=desvio padrão; EP=erro padrão

Verificou-se que 850 (89,95%) pacientes apresentavam o uso regular da pulseira de identificação. A placa de identificação de leito esteve presente em 940 leitos (99,47%).

Pôde-se observar, em relação à identificação da medicação, que 78,20% ($n=739$) estavam identificadas corretamente, de acordo com a prática institucional, 9,36% ($n=91$) não estavam identificadas e 12,17%

($n=115$) representaram os pacientes que possuíam acessos venosos salinizados, ou seja, não apresentavam infusão contínua de medicações impossibilitando a avaliação.

Observaram-se, durante a permanência nas unidades de terapia intensiva no período estudado, sete (0,74%) notificações sobre o evento adverso “erro de medicação” ocorridas predominantemente na UTI Cardiológica.

Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM et al.

Dentre elas, constavam: (1) administração de medicamento errado; (2) erro de horário (< ou > 60 minutos do prescrito); (2) erro de dose (> ou < que prescrita); (1) administração em paciente errado e (1) não administração de medicamento prescrito. Quanto ao grau de dano dos erros de medicação notificados: (2) sem danos; (4) danos leves e (1) dano moderado. É importante ressaltar que a classificação do grau de dano é feita pelo profissional que realiza as notificações podendo ocorrer interpretações subjetivas.

Averiguou-se, após a análise dos dados, que dos cruzamentos inferenciais entre as variáveis “Pulseira de Identificação”, “Placa de Identificação”, “Identificação da Medicação” e “Erro de Medicação”, com os “Dados Sociodemográficos”, somente o cruzamento entre “Placa de identificação” e “Idade” apresentou evidência estatística de dependência ($p=0,013$). Os demais cruzamentos não apresentaram evidência estatística significativa. Porém, ao analisar a correlação entre a variável “Erro de Medicação” e “Sexo”, “Idade” e “Tempo de Internação”, mesmo não apresentando evidência significativa de dependência, notou-se que a variável com maior poder de explicação da oscilação da variável dependente foi “Tempo de internação” ($p=0,081$) pressupondo que, quanto maior o tempo de internação do paciente, mais susceptível ao erro de medicação ele estará.

Salienta-se que, ao calcular o resultado da relação de dependência estatística entre as variáveis “Pulseira de Identificação”, “Placa de Identificação” e “Identificação da Medicação”, com a variável dependente “Erro de medicação”, utilizando-se o teste estatístico Regressão Linear Múltipla, verificou-se que o modelo tem um nível baixo de explicação, levando-se em consideração as variáveis apontadas na amostra. Portanto, entende-se que as variáveis independentes não explicam a variável dependente em hipótese alguma, verificando-se os valores de significância de cada variável que atingiram valores inferiores a $p=0,05$.

DISCUSSÃO

Encontrou-se uma predominância do sexo masculino (56,93%) corroborando a literatura. Um estudo feito no hospital público de Florianópolis/SC, sobre as características epidemiológicas de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, apontou que 61,6% dos pacientes, de um total de 695 prontuários analisados, pertenciam ao sexo masculino. Concluiu-se que esse dado pode ser decorrente do baixo interesse pela saúde

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

por parte dos homens. Diante das iniciativas do governo em se trabalhar com ações preventivas junto ao sexo masculino, muitas vezes quando estes procuram os serviços de saúde, a gravidade já está instalada, necessitando-se de assistência de maior complexidade.¹³

Informa-se que, neste estudo, a faixa etária de maior prevalência foi dos 61 aos 80 anos, somando-se aos indivíduos com idade > 80 anos (57,36%). Outros estudos demonstraram que a população idosa é mais prevalente nas internações em UTI. Estudo realizado na cidade de Anápolis-GO descreveu o perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto reportando que 46% da amostra eram de idosos de 60 aos 89 anos, fato que pode ser explicado, segundo o estudo, pelo aumento da expectativa de vida, crescente envelhecimento populacional e maior incidência de doenças crônicas degenerativas, uma vez que essas doenças aumentam com o avançar da idade.¹⁴

Constatou-se, neste estudo, em relação ao tempo de internação, que 71,96% dos pacientes ficaram internados por até 15 dias. Estudo realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro (RJ) apresentou tempo médio de permanência na UTI de oito a nove dias.¹⁵ Em outro estudo verificou-se a variação mínima de zero (menos do que 24h de internação) à máxima de 73 dias, com tempo médio de internação de seis dias. Não se encontrou um consenso na literatura relativo ao número de dias de internação em UTI, situação que pode ser explicada, segundo o estudo citado, pelo fato de que a maioria dos estudos é realizada em unidades com população mista, ou seja, clínica e cirúrgica, fatores que impactam a disparidade do tempo de internação.¹³

Acrescenta-se que, cada vez mais, surgem indícios da importância da identificação do paciente como sendo um recurso adicional para minimizar possíveis erros devastadores que a identificação incorreta pode trazer,¹⁶ além de ser uma etapa indispensável e inerente a qualquer terapêutica ou cuidado prestado ao paciente que, portanto, não pode ser negligenciada.

Indicam-se duas formas para se identificar o paciente, de acordo com o protocolo assistencial de identificação do paciente utilizado na instituição deste estudo. A primeira, a pulseira de identificação padronizada contendo as seguintes informações: nome completo do paciente; data de nascimento (considerada o segundo identificador); nome da mãe e atendimento, devendo ser alocada preferencialmente no

Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM et al.

antebraço esquerdo para que seja conferida. Na impossibilidade de se usar o membro padronizado, seguir a ordem antebraço direito, perna esquerda, perna direita e cabeceira do leito. A segunda é outro identificador utilizado: a placa de identificação de leito padronizada, disponível no sistema MV PEP, que contém campos a serem preenchidos. Para adultos, existem dois modelos de placas: enfermarias e centro cirúrgico. Deve-se realizar pela equipe de Enfermagem, na admissão do paciente, a impressão da placa após preencher os campos e colocá-la no display de acrílico. O protocolo deve ser aplicado a todos os indivíduos internados na instituição, sendo obrigatória a utilização de, no mínimo, dois identificadores (nome completo e data de nascimento).

Apurou-se, por meio dos resultados, que 89,95% dos pacientes estavam identificados com pulseira conforme o referido protocolo. Realizou-se um estudo em uma instituição hospitalar do noroeste paulista, em três unidades de terapia intensiva, que corrobora os achados deste estudo demonstrando que 89% dos pacientes apresentavam pulseira de identificação.¹⁷ Noutro estudo em uma UTI de um hospital universitário do Rio de Janeiro (RJ) assemelha-se aos resultados deste estudo mostrando que, em 400 observações realizadas durante a análise dos procedimentos de identificação do paciente crítico, em 96% destas os pacientes estavam identificados com a pulseira.¹⁶

Lembra-se que a pulseira de identificação é um instrumento de segurança indicado durante todo o período de internação do paciente na unidade de saúde, caracterizado como um dos recursos capazes de reduzir incidentes.¹⁶ Configura-se como uma prática de baixo custo para as instituições e de fácil inserção nos serviços, além da estratégia de implantar pulseiras de identificação como ferramenta para promover o cuidado que preza pela segurança.¹⁸

Adverte-se que não foram coletados, neste estudo, dados relacionados à caracterização das pulseiras segundo a colocação adequada, integridade e legibilidade, porém, descreveram-se algumas condições em outros estudos também vivenciadas durante a coleta de dados deste estudo. Julga-se que é oportuno e importante ressaltá-las. Realizou-se em um estudo em uma UTI de um hospital universitário, localizado no Rio de Janeiro (RJ), que se observou a presença da pulseira de identificação abaixo da contenção mecânica do paciente ou de ataduras para aquecimento dos membros superiores em consequência do quadro clínico ou decorrente

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

da ação farmacológica de medicamentos em uso durante a internação.¹⁶ Além disso, citam-se outras inconformidades como a ilegibilidade e a ausência da pulseira.¹⁸ Considera-se num estudo essas inconformidades como condições que impossibilitam a visualização, o que pode expor o paciente a riscos ao receber tratamento ou assistência que seria destinada a outro paciente aumentando o risco de erros e iatrogenias.¹⁶

Apontam-se, em relação à presença de placa de identificação no leito, os resultados deste estudo onde 99,47% dos leitos apresentavam placa de acordo com o protocolo institucional. Encontraram-se em uma instituição hospitalar do noroeste paulista, de porte especial, dados semelhantes a este, e que se analisaram as práticas assistenciais para a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva, onde 95% dos leitos estavam identificados com a placa.¹⁷

Dispõe-se, na instituição do estudo, de protocolo para a administração de medicação trazendo, como prática, a identificação das medicações como medida adicional para minimizar erros, sendo que toda medicação instalada deve ser identificada com etiqueta contendo as seguintes informações: nome completo do paciente; a data de nascimento (segundo identificador do paciente); o medicamento a ser infundido e sua respectiva quantidade; a diluição; o nome do profissional responsável pelo preparo; a data e a hora da instalação.

Demonstrou-se, por este estudo, que 78,20% das medicações estavam identificadas conforme a prática preconizada na instituição; 9,63% não estavam identificadas e 12,17% dos pacientes não apresentavam infusão de medicação no momento da observação. Encontraram-se dados divergentes em uma pesquisa numa UTI geral do hospital universitário do Mato Grosso do Sul (MS), que analisou a qualidade de assistência de Enfermagem, constatando que a correta identificação dos soros instalados obteve um Índice de Positividade (IP) = 21,7%. O IP abaixo de 70% é considerado, no estudo, um cuidado sofrível, já que a identificação das medicações instaladas ocorreu, na maioria das vezes, de forma incompleta ou até mesmo ausente durante algumas observações.¹⁹ Salieta-se que esse estudo apresenta características que diferem deste estudo visto que foi realizado em uma UTI com oito leitos ativos, com uma amostra constituída por 23 pacientes, onde foram analisados oito itens e 61 subitens. Nota-se a escassez de estudos

Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM et al.

com dados relacionados a esse indicador e trabalhos que falem da importância quanto à correta identificação das medicações na prevenção de eventos adversos relacionados à medicação.

Identificaram-se sete (0,74%) notificações sobre o evento adverso “erro de medicação” nas UTIs, no período de maio a agosto/2017. Constatou-se que um estudo que analisou os eventos adversos e incidentes ocorridos no período de um ano, em uma UTI Geral de um hospital universitário de Cascavel (PR), dos 253 eventos adversos/incidentes registrados, apenas 3(2,7%) estavam associados à medicação, um número relativamente baixo de acordo com o estudo.²⁰

Encontraram-se dados semelhantes em outro estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro (RJ) demonstrando que, dos 1.103 pacientes incluídos na pesquisa, 56 sofreram danos em consequência de eventos adversos e, desses, três (4,6%) foram relacionados a medicamentos, resultado considerado subestimado pelo estudo.²¹

Contrapondo-se aos achados deste estudo, fez-se uma pesquisa em um hospital do sul de Minas Gerais, onde se analisou um total de 189 notificações de eventos adversos, no período de um ano, que os resultados demonstraram que os erros de medicações foram os eventos mais relatados correspondendo a 63% (n=119) do levantamento. A divergência entre os dados com este estudo pode se dá em função da subnotificação visto que, segundo o estudo, é possível perceber que as notificações de eventos adversos estavam relacionadas a um caráter punitivo na visão dos profissionais, que temem responder a processos ético-legais, o que amplifica a ocorrência de subnotificações.²²

Pondera-se que, neste estudo, não se coletaram dados relativos à subnotificação, porém, é importante destacar que a condição descrita prejudica a análise fidedigna dos eventos ocorridos e das repercussões para a saúde do paciente, bem como impossibilita a implantação de medidas que evitem novas ocorrências,²³ além de ocasionar, nas instituições, um prolongamento da internação, prejuízos financeiros e interferir nos indicadores de avaliação da assistência do cuidado e na segurança do paciente.²⁴

Observa-se que, ao correlacionar as variáveis “Placa de identificação” e “Idade”, obteve-se evidência estatística de dependência (p=0,013), porém, não se encontraram estudos que corroborassem esse dado.

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

Revela-se que este estudo não apresentou estatísticas significantes para a relação “Tempo de internação” e “Erros de medicação”. Descrevem-se na literatura, dados que relatam essa associação. Realizou-se um estudo em nove UTIs de várias especialidades de um hospital público de alta complexidade de São Paulo (SP) mostrando-se que 70,2% dos idosos que sofreram EA apresentaram a média de permanência de 10,62 dias, maior do que a média de 5,06 dias dos idosos que não sofreram EA moderado e grave. Constatou-se, também, no estudo, que a cada dia de permanência, a chance de um paciente sofrer EA aumentou em 10,0%.²⁵ Realizou-se outro estudo em um hospital do noroeste paulista, de porte especial, geral, comprovando-se esse dado mostrando que houve maior percentual de erros de medicação com danos em pacientes com período de internação prolongada e hospitalizados em unidades fechadas.²⁶

CONCLUSÃO

Verificou-se alta adesão da equipe de Enfermagem aos protocolos assistenciais relacionados à identificação do paciente e à medicação segura. Averiguou-se um alto percentual de conformidade no uso da pulseira de identificação, placa de identificação do leito e medicações identificadas, no entanto, percebeu-se a necessidade de promover a conscientização quanto à importância da notificação dos eventos adversos com a finalidade de favorecer o gerenciamento dos riscos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de Eventos Adversos em Serviços de saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [cited 2017 May 03]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6>
2. Amaya SL. Seguridad del paciente: conceptos e análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria/ViaSALUD [Internet]. 2009 July [cited 2017 May 03]; 48:6-21. Available from: <http://studyres.es/doc/1581635/conceptos-y-an%C3%A1lisis-de-eventos-adversos>
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington-DC: Institute of Medicine; 2000. PMID: [25077248](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/)
4. Pimenta CAM, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT. Guia para construção de

Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM et al.

protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2017 [cited 2017 May 03]. Available from: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

5. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais [Internet]. 5th ed. Rio de Janeiro: CBA; 2010 [cited 2017 May 05]. Available from: https://www.jcinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf

6. World Health Organization, The Joint Commission Resources, Joint Commission International. Patient identification. Patient Safety Solutions [Internet]. 2007 May [cited 2017 May 05];1(2). Available from: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>

7. Schulmeister L. Patient misidentification in oncology care. Clin J Oncol Nurs. 2008 June;12(3):495-8. Doi: 10.1188/08.CJON.495-498

8. Neves LAC, Melgaço RMT. Identification of patient as indicator of quality. Rev ACRED [Internet]. 2011 [cited 2017 May 12];1(1):88-100. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/file/s/17-736-1-PB.pdf>

9. Opitz SP. Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino [thesis] [Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006 [cited 2017 May 12]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/22132/tde-11092008-163213/pt-br.php>

10. Oliveira RB, Melo ECP. The medication system in a specialized hospital in the city of Rio de Janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 July/Sept [cited 2017 May 12];15(3):480-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a06v15n3.pdf>

11. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Farmácia Hospitalar. Farmacovigilância hospitalar. Erros de medicação. Pharmacia Brasileira [Internet]. 2010 Jan/Feb [cited 2017 May 12];1-23. Available from: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf

12. Flynn L, Liang Y, Dickson GL, Xie M, Suh DC. Nurses practice environments, error interception practice, and inpatient medication errors. J Nurs Scholarsh [Internet] 2012 June [cited 2017 May 12];44(2):180-6. Available from:

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2012.01443.x/pdf>

13. Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. Rev Bras Enferm. 2016 Mar/Apr;69(2):229-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i>

14. Castro RR, Barbosa NB, Alves T, Najberg E. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis-Goiás-2012. Rev Gestão Sistemas de Saúde [Internet]. 2016 July/Dec [cited 2018 Jan 09];5(2):115-24. Doi: [10.5585/rgss.v5i2.243](https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.243)

15. Roque KE, Tonini T, Melo ECP. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. Cad Saúde Pública. 2016 Oct; 32(10):e00081815. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

16. Macedo MCS, Almeida LF, Assad LG, Rocha RG, Ribeiro GSR, Pereira LMV. Patient identification through electronic wristband in an adult general intensive care unit. Referência. 2017 June;4(3):63-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16087>

17. Barbosa TP, Oliveira GAA, Lopes MNA, Poletti NAA, Beccaria LM. Care practices for patient safety in an intensive care unit. Acta Paul Enferm. 2014 June; 27(3):243-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400041>.

18. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015 Jan/Feb;23(1):36-43. Doi: [10.1590/0104-1169.0144.2522](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522)

19. Silva RB, Loureiro MDR, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CCB. Quality of nursing care in intensive care unit at a university hospital. Rev Gaúcha Enferm. 2013 Dec; 34(4):114-120. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400015>

20. Santos RP, Luz MAP, Borges F, Carvalho ARS. Active search contributes to the identification of adverse events and incidents in intensive care unit. Enferm Global [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Jan 30];(48):476-87. Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/54408/2/269601-1044451-1-PB.pdf>

21. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Rev Assoc Med Bras. 2013

Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM et al.

Adesão ao protocolo de identificação do paciente...

Sept/Oct; 59(5):421-428. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>.

22. Silva LA, Terra FS, Macedo FRM, Santos SVM, Maia LG, Batista MHJ. Notification of adverse events: characterization of events occurred in a hospital institution. J Nurs UFPE Online. 2014 Sept;8(9):3015-23. Doi: [10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201408](https://doi.org/10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201408)

23. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miaso AI. Conduas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. Acta Paul Enferm. 2010;23(3):328-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300003>

24. Santos MM, Pereira AS, Fraga IMN, Correia SA, Góis RMO. A notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem: uma abordagem bibliográfica. In: International Nursing Congress: Good practices of nursing representations In the construction of societ. Anais do International Nursing Congress, 2017 [Internet]. Aracaju: UNIT; 2017 [cited 2018 Jan 30];1(1):1-3. Available from: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5565/2442>

25. Toffoletto MC, Barbosa RL, Andolhe R, Oliveira EM, Ducci AJ, Padilha KG. Factors associated with the occurrence of adverse events in critical elderly patients. Rev Bras Enferm. 2016 Nov/Dec;69(6):977-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0199>

26. Borges MC, Faria JIL, Jabur MRL, Oliveira KA, Zborowski IP, Beccaria LM. Medication errors and degree of patient damage at a teaching hospital. Cogitare enferm. 2016 Oct/Dec;21(4):01-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45397>

Submissão: 21/02/2018

Aceito: 24/07/2018

Publicado: 01/10/2018

Correspondência

Natália Zampollo
Rua Barão de Itapetininga, 543
Bairro Centro
CEP: 15110-000 – Guapiaçu (SP), Brasil