

Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado

Ellen Regina Sevilla Quadrado¹

Daisy Maria Rizatto Tronchin²

Trata-se de estudo exploratório-descritivo quantitativo cujo objetivo foi avaliar o protocolo de identificação do neonato admitido na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva neonatal de um hospital privado. A casuística foi composta por 540 oportunidades de observações, selecionadas por amostragem probabilística aleatória simples. Os dados foram coletados de maio a agosto de 2010, segundo um formulário, e analisados pela estatística descritiva e teste com significância de 5%. No desempenho geral do protocolo, o índice de conformidade foi de 82,2%. Quanto às três etapas do protocolo: componentes de identificação, condições das pulseiras e quantitativo das pulseiras, o maior percentual de conformidade (93%) foi atribuído à segunda etapa e a menor (89,3%) à terceira etapa, apresentando diferença estatística significativa, $p=0,046$. No grupo de neonatos especiais, obteve-se 88,5% de conformidade. Esses resultados possibilitarão reestruturar o protocolo de identificação dos recém-nascidos e estabelecer metas assistenciais e gerenciais, para melhorar a qualidade e a segurança dos pacientes.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Segurança do Paciente; Enfermagem Neonatal.

¹ Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital

This exploratory-descriptive quantitative study aimed to evaluate the protocol for identifying newborns admitted to the Neonatal Intensive and Semi-intensive Therapy Unit of a private hospital. The case series was made up of 540 observation opportunities, selected by simple random probability sampling. The data was collected between May and August 2010 according to a form and analyzed by descriptive statistic. The protocol's general performance had a conformity index of 82.2%. There were three stages to the protocol: identification components, the identification wristbands' condition and the number of identification wristbands. The highest percentage of conformity (93%) was attributed to the second stage and the lowest (89.3%) to the third, presenting a statistically significant difference of $p=0.046$. In the group of 'special' neonates, 88.5% conformity was achieved. These results will make it possible to restructure the protocol for identifying newborns and to establish care and managerial goals so as to improve the quality of care and the patients' safety.

Descriptors: Quality of Health Care; Health Services Evaluation; Patient Safety; Neonatal Nursing.

Evaluación del protocolo de identificación de los recién nacidos en un hospital privado.

El objetivo de este estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo fue evaluar protocolo de identificación de recién nacidos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos y Semi-intensiva Neonatal de hospital privado. La muestra consistió de 540 oportunidades de observaciones, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple. Datos colectados entre mayo y agosto 2010, según formulario y analizados por estadística descriptiva y con significación 5%. Referente desempeño global del protocolo, índice de conformidad fue de 82,2%. Referente tres etapas del protocolo, porcentaje más alto de conformidad (93%) se atribuyó a la manera correcta de hacer pulseras de identificación y el más bajo (89,3%) referente a presencia de tres pulseras de identificación, con diferencia estadística significativa $p = 0,046$. En el grupo especial de recién nacidos, se obtuvo índice 88,5% conformidad. Estos resultados permitirán reestructurar protocolo de identificación de recién nacidos y establecer metas de cuidado y gestión para mejorar calidad y seguridad del paciente.

Descriptores: Calidad de la Atención de la Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Seguridad del Paciente; Enfermería Neonatal.

Introdução

As temáticas qualidade e segurança do paciente estão intrinsecamente relacionadas e vêm sendo discutidas nos âmbitos internacional e nacional por profissionais, organizações governamentais, órgãos acreditadores ou representantes de entidades vinculadas à saúde.

Os serviços de assistência direta ao paciente reúnem a maior parte das ações de saúde e caracterizam-se pela interação do usuário com os profissionais, pelos procedimentos desenvolvidos e detêm a maior concentração de processos críticos e de risco de uma instituição de saúde. Outro aspecto relevante na atenção

à saúde é a incorporação de novas tecnologias, produtos e práticas de gestão⁽¹⁾.

Ao se tratar do recém-nascido (RN) essa questão é acentuada, sobretudo para aqueles que são admitidos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), os quais são expostos a inúmeros procedimentos invasivos, a equipamentos sofisticados, necessitando de longo período de internação, o que gera riscos que poderão conduzir a danos graves, irreversíveis e até mesmo à morte.

Na terapia intensiva, qualquer ocorrência iatrogênica passa a ser não só indesejável como extremamente

prejudicial, emergindo as questões de qualidade e segurança da assistência, o que remete, inevitavelmente, à avaliação dos serviços de saúde⁽²⁾.

Nesse contexto, um estudo realizado em UTIN apontou os riscos aos quais se expõem os RNs frente aos erros de identificação, resultantes da semelhança entre nomes e números de registros hospitalares⁽³⁾.

Iniciativas governamentais vêm sendo desenvolvidas e implementadas no intuito de identificar o usuário do serviço de saúde e dirimir as ocorrências que comprometem sua segurança e a qualidade da assistência. Nesse aspecto, a Organização Mundial da Saúde, em 2007, propôs nove ações destinadas a reduzir problemas relacionados à segurança, destacando, como a de maior importância, o aumento no índice de conformidade na identificação do paciente⁽⁴⁾. No Brasil, está previsto, no Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei nº 8.069, de 13/7/1990, no Título II sobre direitos fundamentais, Capítulo I do direito à vida e à saúde, artigo 10, que há obrigatoriedade de hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, "identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente"⁽⁵⁾.

A UTIN é o local onde há maior ocorrência de eventos adversos, cabendo à equipe de saúde identificar esses eventos, assim como criar uma cultura para assumirem a presença dos eventos, gerando perspectivas para correção das falhas e implementação de melhorias no processo⁽⁶⁾.

Outros autores citam que o fluxo de trabalho, os recursos humanos e materiais, bem como a forma de abordagem dos profissionais de saúde, no sentido de verificar a identificação, estão diretamente envolvidos no desempenho do protocolo. Reiteram que a clientela das UTINs, devido às suas especificidades, não dispõe de mecanismos que possam contribuir, efetivamente, para a conformidade do processo⁽⁷⁾.

No setor saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente/cliente, alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se os valores sociais existentes⁽⁸⁻⁹⁾.

Toda organização, cuja missão essencial é assistir o ser humano, preocupa-se com a melhoria constante da assistência, objetivando a relação harmônica entre as dimensões: gerencial, econômica, tecnológica, assistencial, de ensino e pesquisa⁽¹⁰⁾.

Desse modo, acredita-se que assegurar e garantir protocolos de trabalho, mediados pela qualidade e isenção de riscos à saúde do usuário e do trabalhador, são elementos indissociáveis das instituições de saúde, que buscam a excelência de seus serviços.

A segurança consiste no ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos, oriundos do processo de assistência à saúde; a segurança reside nos sistemas e nas pessoas e, por isso, precisa ser ativamente procurada e estimulada, visando a redução de todos os tipos de erros, procurando a alta confiabilidade, como componente essencial de assistência com qualidade⁽¹¹⁾.

Na visão de um grupo de autores, reduzir ao mínimo aceitável a ocorrência de um dano desnecessário ao paciente traduz o significado da segurança do paciente. Da mesma forma, para esses autores, o termo segurança é definido como a redução do risco de dano ao mínimo possível pela situação gerada por uma ação ou agente potencial⁽¹²⁾.

É imprescindível pensar na segurança como abordagem sistêmica e empregar métodos para analisar os riscos existentes nos processos. Tais métodos fornecem informações indispensáveis para identificar os riscos e possibilitam que os gestores planejem novos processos e ações corretivas e preventivas, para que todos envolvidos objetivem as práticas de melhoria contínua dos serviços⁽¹³⁾.

Nesse sentido, o gerenciamento de risco vem sendo empregado, juntamente com outras ferramentas, para garantir a segurança e a qualidade no setor saúde. Dentre aquelas utilizadas para gerenciar os riscos encontra-se a *Failure Model and Effect Analysis* (FMEA) ou Análise dos Modos ou Efeitos das Falhas; constituindo-se em um método analítico e proativo para identificar e documentar, de forma sistemática, as falhas em potencial ou possíveis problemas de maneira a eliminá-las ou reduzir sua ocorrência, que talvez não tenham sido previstos no delinear de dado processo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O FMEA permite diagnosticar problemas, desenvolver e executar projetos, processos ou serviços considerando, em cada etapa, as vantagens e desvantagens pautadas na relação custo/benefício, e, na medida que é utilizada por uma equipe de profissionais, adquire maior eficácia na identificação e prevenção das possíveis falhas⁽¹³⁾.

Tendo em vista que na instituição, cenário deste estudo, ocorreram mudanças no protocolo de identificação, em busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados, e por acreditar que o protocolo é condição primordial para a segurança do RN e sua família, no qual estão inseridas as dimensões assistenciais, gerenciais, éticas e legais dos profissionais de saúde, é que se pensou na realização desta investigação, tendo como objetivo geral avaliar o protocolo de identificação do neonato admitido na UTI e unidade semi-intensiva neonatal de um hospital privado do município de São Paulo e, como objetivos específicos, calcular o índice de conformidades e não conformidades relativas ao protocolo de identificação e analisar o fator de risco na identificação do neonato, com base na ferramenta FMEA.

Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, com coleta prospectiva de dados.

A pesquisa foi realizada em um hospital de direito privado, referência para o atendimento de gestantes e RNs de alto risco, situado no município de São Paulo, referência para gestação de risco e que dispõe de uma UTIN com 60 leitos e uma unidade semi-intensiva neonatal com 22 leitos, alocados em três áreas distintas, localizadas no 1º andar (22 leitos), 2º andar (30 leitos) e 3º andar (30 leitos). Cabe esclarecer que, nessas unidades, somente são admitidos neonatos nascidos na instituição.

A casuística correspondeu a 540 oportunidades de avaliação do protocolo de identificação do neonato admitido na UTI e unidade semi-intensiva neonatal, selecionadas por amostragem probabilística simples. Desse modo, ocorreram 144 (26,7%) observações no turno da manhã, 216 (40%) no da tarde e 180 (33,3%) no turno da noite. Em relação aos andares, no 1º andar foram realizadas 150 (27,8%) das observações e 195 (36,1%) nos 2º e 3º andares.

Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2010, por meio de um formulário contendo as três etapas do protocolo de identificação do neonato.

O protocolo de identificação do RN, na instituição cenário do estudo, é composto por três etapas, a saber: *os componentes de identificação* (a presença do nome completo da mãe, nome da mãe em todas as pulseiras do RN, o número de internação no código de barras, o tipo de internação - convênio ou particular), *as condições da pulseira* (nome legível da mãe nas três pulseiras, confecção correta da pulseira - uso de etiqueta e pulseira plástica adequada para o tamanho do RN) e *o quantitativo de pulseiras* (presença das três pulseiras de identificação do RN - duas nos membros superiores e uma no membro inferior). Ao se tratar de RN em condições especiais (aqueles com idade gestacional \leq que 37 semanas ou os neonatos que apresentam edema nos membros superiores ou inferiores, portadores de síndromes malformativas ou com alergia ao material da pulseira), as pulseiras são fixadas no leito.

Todas as etapas são realizadas pela equipe de enfermagem, assim como a checagem das pulseiras, diariamente, e em todos os plantões. Cabe, ainda, à equipe realizar a troca e/ou substituição dessas pulseiras sempre que estiverem fora do protocolo descrito acima.

Para proceder à amostragem, recorreu-se ao total de leitos das três áreas, seguido da escolha aleatória dos leitos por meio de recurso computacional, considerando os turnos manhã, tarde e noite e os sete dias da semana. De posse da relação obtida na amostragem probabilística aleatória simples, a pesquisadora preencheu o formulário

à beira do leito. Caso não houvesse RN internado no leito sorteado, procedia-se à observação do próximo leito sorteado, até completar o total de oportunidades definidas para o dia, andar e turno. Cabe acrescentar que um RN poderia ser observado mais de uma vez, a depender do seu tempo de internação ou se o leito, ocupado por esse, fosse novamente sorteado no decorrer dos quatro meses de coleta.

Para analisar os dados, foi utilizada a estatística descritiva e os testes do qui-quadrado para comparar as conformidades. Os parâmetros de conformidade e não conformidade foram avaliados em função de atender ou não o protocolo explicitado anteriormente. O nível de significância adotado foi de 5%.

A estimativa de risco foi realizada pela ferramenta FMEA, mediante sua gravidade, respeitando as seguintes situações: 1. ligeiramente clínico/não clínico; 2. grave clínico/não clínico; 3. muito grave clínico/não clínico e 4. morte/extrema) multiplicado pela probabilidade (1. muito improvável; 2. improvável; 3. provável e 4. muito provável). Isso significa que se se multiplicar a gravidade pela probabilidade, ter-se-á um valor final sinalizando que quanto maior o valor maior será a chance do evento ocorrer. O nível máximo possível, na estimativa acima descrita, corresponde ao valor 16.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, onde a investigação foi realizada, mediante registro nº 02/10.

Resultados

Durante o período de estudo, foram observadas 540 oportunidades envolvendo o protocolo de identificação do RN.

Os dados da Figura 1 representam a conformidade geral do protocolo de identificação do RN na UTIN e unidade semi-intensiva neonatal.

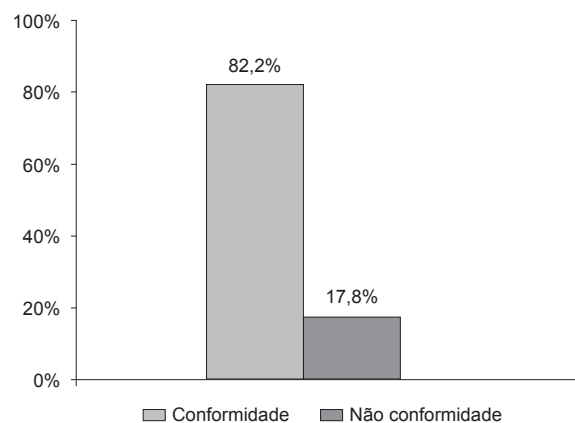


Figura 1 - Distribuição da conformidade e não conformidade no protocolo de identificação do RN. São Paulo, SP, Brasil, 2010

Pela análise da Figura 1, pode-se observar que a identificação do RN na UTIN e semi-intensiva obteve percentual de conformidade geral de 82,2%.

A seguir encontram-se as conformidades e não conformidades envolvendo as três fases do protocolo de identificação do neonato.

Tabela 1 - Distribuição de conformidade e não conformidade, considerando-se as três etapas do protocolo de identificação do RN. São Paulo, SP, Brasil, 2010

Etapas	Conforme		Não conforme		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Componentes de identificação do RN	501	92,8	39	7,2	540	100	0,046*
Condições da pulseira	502	93,0	38	7,0	540	100	
Quantitativos de pulseiras	482	89,3	58	10,7	540	100	

*Teste qui-quadrado; n=540

Na Tabela 1, evidenciou-se que, das três etapas do protocolo de identificação do RN, o maior percentual de conformidade concentrou-se na segunda etapa, registrando 502 (93%) e o menor percentual encontrado foi de 482 (89,3%), correspondendo à presença das três pulseiras de identificação nos membros do RN.

Vale ressaltar que, referente à primeira fase do protocolo – *componentes de identificação*, a presença do código de internação correspondeu a 532 (98,5%) de conformidade e o tipo de internação a 531 (98,3%). Por outro lado, o menor percentual constatado relacionou-se à presença do nome completo da mãe nas pulseiras 504 (93,3%). Todavia, em 100% das oportunidades observadas, o nome da mãe correspondeu ao do prontuário do neonato, não havendo troca de identificação.

A segunda etapa analisada relacionou-se às condições da pulseira, quando se analisou a confecção correta da pulseira de identificação do RN, apontando para 539 (99,8%) de conformidade. Apenas 1 (0,2%) apresentava não conformidade, e se deveu ao fato de o

RN, no momento, utilizar um tipo de pulseira destinada ao uso em paciente adulto. Ainda nessa etapa, no item de legibilidade, constatou-se que houve 37 (6,9%) de não conformidade.

Os dados analisados na terceira etapa do protocolo, que corresponderam à presença das três pulseiras de identificação nos membros do RN, demonstraram o menor percentual de conformidade encontrado (482-89,3%).

Considerando os fatores expostos, ratifica-se a importância do estabelecimento de critérios para padronizar os dados e a linguagem impressa nas etiquetas de identificação.

Não obstante, o longo período de permanência do neonato na UTIN, acrescido do fato de não poder participar do protocolo de identificação, colocam-no sob maior risco de não conformidade.

Em se tratando de neonato em condições especiais, a tabela abaixo aponta os percentuais de conformidade e não conformidade na identificação dessa clientela.

Tabela 2 - Distribuição de conformidade e não conformidade, segundo a condição clínica do neonato, São Paulo, SP, Brasil, 2010

Condição	Conformidade		Não conformidade		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
RN não especial	374	89,5	44	10,5	418	100	0,895*
RN especial	108	88,5	14	11,5	122	100	

*Teste qui-quadrado; n=540

Os achados da Tabela 2 mostraram que, do total das 540 observações, 122 (22,6%) corresponderam a neonatos em condição especial, nos quais só existe a possibilidade de fixar as pulseiras de identificação no leito por motivos de tamanho, presença de edema, alergia, entre outras especificidades. Nesse grupo de RN, a conformidade do protocolo instituído foi contemplada em 108 (88,5%) e,

para o outro grupo, o índice de conformidade correspondeu a 374 (89,5%) e 44 (10,5%) de não conformidade. Na comparabilidade entre os grupos, não houve diferença estatística significativa, p=0,895.

Para tratar da avaliação de risco na identificação do recém-nado, a instituição do presente estudo emprega a ferramenta FMEA, de acordo com a Figura 2.

Risco	Gravidade	Probabilidade	Estimativa do risco
Ausência de uma ou mais pulseiras de identificação do RN	3	3	9
Pulseira de identificação do RN legível	2	2	4

Figura 2 - Distribuição da estimativa de risco, segundo a ferramenta FMEA, em duas etapas do protocolo de identificação do RN. São Paulo, SP, Brasil, 2010

Os dados encontrados na Figura 2 demonstraram que, após cálculo entre gravidade e probabilidade para ocorrer falha nesse evento, a ausência de uma pulseira de identificação foi estimada com um risco de 9 numa escala de 0 a 16, enquanto que a legibilidade da pulseira foi estimada, em risco 4. No entanto, esses valores devem ser revistos na instituição, uma vez que os dados encontrados nas Tabelas 1 e 3 foram os índices com maiores valores de não conformidade, 10,7 e 6,9%, respectivamente.

Discussão

O índice geral de conformidade do protocolo atingiu o percentual de 82,2% e 17,8% de não conformidade na UTIN, índice esse superior a um estudo multicêntrico, o qual constatou erro na identificação dos pacientes internados na UTIN de 11%⁽¹⁶⁾. No mesmo estudo detectou-se que as crianças ficaram mais expostas a ocorrências de eventos adversos, em razão da idade gestacional precoce e do tempo de permanência na unidade.

No relatório emitido pelo Sistema *Vermont Oxford Network*, também foi encontrado percentual de 11% de não conformidade, relacionado à identificação do RN na UTIN. Na descrição dos Padrões de Acreditação para Hospitais, a *Joint Commission International (JCI)*, cita que a questão da identificação do paciente continua sendo sua primeira meta internacional e aborda a segurança do paciente sob dois aspectos: identificação segura do indivíduo e os serviços e/ou tratamento prestados à pessoa correta⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Ao comparar o presente estudo aos descritos acima, verificou-se que o percentual de não conformidade geral do protocolo esteve acima da literatura em, aproximadamente, 7%, merecendo atenção por parte dos gestores e da equipe de enfermagem.

Na análise das três etapas do protocolo, constatou-se que o maior índice de conformidade foi em relação às condições da pulseira. Sendo que o maior percentual de conformidade (99,8%) correspondeu à confecção correta da pulseira e legibilidade dos itens, com 93,1% de conformidade.

Estudo revelou que foram notificados ao banco de dados da *Veterans Affairs National Center for Patient Safety Root Cause Analyses (VA NCPS RCA)* mais de 100 registros, envolvendo erro de identificação do

paciente, que refletiram em outras não conformidades aos pacientes, como realização de cirurgias incorretas em razão da semelhança dos nomes, coleta incorreta de amostras de sangue em pacientes admitidos no mesmo quarto ou unidade de internação⁽¹⁹⁾.

Em outra investigação os autores constataram que 2,7% dos erros de medicação foram relacionados à falta de confirmação prévia da identificação do paciente, para a administração do medicamento⁽²⁰⁾.

Diante das especificidades do neonato, sobretudo os prematuros e de muito baixo peso, há dificuldade em manter as pulseiras de identificação, o que colabora para a não conformidade no protocolo, além da vulnerabilidade do neonato em relação à sua limitada autonomia⁽²¹⁻²²⁾.

Essa condição pode ter contribuído no resultado do presente estudo, uma vez que o quantitativo de pulseiras foi o pior índice avaliado. Cabe ressaltar que, na presente investigação, todos os dados de registro referiram-se ao neonato.

Outro fato a destacar é que a Enfermagem detém responsabilidade quanto à identificação do RN por atuar diretamente na assistência, mas que o protocolo de identificação extrapola a etapa do registro de dados e confecção das pulseiras; logo, deveria ser entendida como uma atividade multidisciplinar, tendo em vista a atividade que cada profissional desempenha nesse protocolo⁽¹⁴⁾.

Reportando-se à primeira etapa do protocolo, os melhores percentuais estiveram relacionados à presença do código e tipo de internação, e o menor percentual correspondeu ao nome completo da mãe em todas as pulseiras.

Cabe pontuar a importância da adequação do conteúdo das informações necessárias à identificação do RN, ao tamanho da etiqueta utilizada para a impressão, bem como o estabelecimento de normas para o registro de nome materno, abreviação desse, quando necessário, as situações envolvendo pessoas homônimas e a presença de gemelaridade, entre outras.

A exposição do neonato ao risco de algum tipo de erro frente à sua identificação, considerando o período de internação em UTIN, também foi objeto de investigação e, em 44,1% dos dias de internação, a causa mais comum de erro na identificação relacionou-se à semelhança existente entre os nomes ou números de registros hospitalares

dos pacientes. No que se referiu aos sobrenomes idênticos, o risco foi 34% dos dias de internação e 9,7% para os nomes que soavam semelhantes. A questão da gemelaridade contribuiu com um terço dos dias dos pacientes internados na UTIN, para esse risco. Em média, 26% dos pacientes internados nessa UTIN estiveram sob risco de não conformidade em sua identificação⁽³⁾.

No que tange à questão da ilegitimidade dos dados, essa pode decorrer do material empregado na etiqueta para a confecção da pulseira ou da tinta de impressão. Nesse sentido, há necessidade de se contar com o envolvimento do responsável pelo gerenciamento de material da instituição e do enfermeiro para análise e emprego de materiais adequados, visto que a pulseira encontra-se sujeita ao desgaste, decorrente da ação do tempo de uso, exposição à água ou aos produtos antissépticos.

Outro estudo constatou que 25% dos erros de medicação graves decorreram de falha na identificação dos RNs⁽²³⁾.

O erro de identificação ocorreu, também, na distribuição de leite materno, embora registrando o índice de 0,007% ao longo de 9 anos, não se descartando os riscos relacionados à transmissão de doenças que, na maioria das vezes, são imensuráveis e irreversíveis⁽²⁴⁾.

Pôde-se observar, na ficha de avaliação de risco empregada, atualmente, que foram previstas apenas duas situações para aplicar a ferramenta FMEA. Contudo, há que se repensar essa condição, uma vez que outras etapas envolvem a identificação do paciente, ampliando as ações envolvendo o gerenciamento de risco pela instituição, em busca de protocolos adequados e seguros.

Considerações finais

O presente estudo evidenciou a complexidade que envolve o protocolo de identificação do neonato por ocasião de sua internação na UTIN e unidade semi-intensiva neonatal de uma instituição privada e, também, permitiu estabelecer diagnóstico situacional frente ao protocolo, ora empregado, identificando os aspectos vulneráveis que merecem ser revistos para a melhoria contínua da qualidade e segurança do neonato e sua família.

Nesse sentido, traz indicativo para que o protocolo seja discutido e revisto no Comitê de Gerenciamento de Risco e de Qualidade da instituição, para implantar ações de melhoria, sobretudo as educativas, relativas à presença das três pulseiras.

Cabe destacar que a identificação é considerada um processo que envolve fatores referentes ao estado clínico da criança, à adequação do material para o tamanho

do RN, à conferência do quantitativo de pulseiras pelos profissionais de saúde, assim como à colaboração dos familiares e/ou acompanhantes.

Reconhece-se a necessidade de outros estudos para verticalizar a temática e considerar as medidas avaliativas nos serviços de saúde, possibilitando o estabelecimento de metas para melhoria contínua da qualidade assistencial e da segurança dos usuários.

Ao concluir essa investigação, ratifica-se a magnitude que envolve as dimensões da qualidade e segurança em saúde, porém, é imprescindível conhecer a realidade dos protocolos de trabalho, estimulando a participação das pessoas, e o emprego de ferramentas destinadas a gerenciar os riscos, visando minimizar as ocorrências de eventos adversos ou agravos aos usuários dos serviços de saúde.

Referências


1. Vecina G Neto. Serviços de assistência direta ao paciente. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011. p. 209-29.
2. Padilha KG. Iatrogenic occurrences and the quality focus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2001;9(5):91-6.
3. Gray JE, Suresh G, Ursprung R, Edwards WH, Nickerson J, Shiono PH, et al. Patient misidentification in the neonatal intensive care unit: qualification of risk. *Pediatrics*. 2006;117(1):43-7.
4. World Health Organization, Joint Commission International. Patient Identification. Patient Safety Solutions. Geneva; 2007. [acesso 23 nov 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-solution2.pdf>
5. Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990 (BR). Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União*. Brasília, 16 jul 1990. Seção 1. [acesso 24 abr 2011]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13->
6. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):276-82.
7. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Inter Med*. 2002;136(11):826-33.
8. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
9. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992;18(11):356-60.
10. Carvalho G, Rosemberg CP, Buralli KO. Avaliação e ação e serviços de saúde. *Mundo Saúde*. 2000;24(24):72-88.

11. Vincent C. A evolução da segurança do paciente. In: Vincent C. Segurança do paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009. p. 15-40.
12. Ruciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards na International Classification for Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.
13. Cassiani SHB. A utilização de indicadores no âmbito da enfermagem nas instituições hospitalares. In: Cassiani SHB, organizadora. Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes. São Caetano do Sul: Yendis; 2010. p. 65-80.
14. Miguel PAC. Técnicas associadas à qualidade. In: Miguel PAC. Qualidade: Enfoques e Ferramentas. São Paulo (SP): Artliber; 2001. p. 179-225.
15. Palady P. Uma visão geral do FMEA. In: Palady P. FMEA Análise dos Modos de Falha e Efeitos: Prevendo e prevenindo problemas antes que ocorram. São Paulo: Instituto IMAM; 1997. p. 3-20.
16. Kugelman A, Inbar-Sanado E, Shinwell ES, Makhoul IR, Leshem M, Zangem S et al. Iatrogenesis in Neonatal Intensive Care Units: Observational and interventional, prospective, multicenter study. Pediatrics. 2008;122(3):550-5.
17. Suresh G, Horbar JD, Plsek P, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. Pediatrics. 2004;113:1609-18.
18. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA; 2008.
19. Mannos D. NCPS paciente misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. [acesso 11 jun 2006]. Washington, DC, United States Department os Veterans Affairs; June-July 2003. Disponível em: http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc
20. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um Hospital Universitário, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):139-46.
21. Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S, Wristband Project Team. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. J Eval Clin Practice. 2009;15:311-5.
22. Tronchi DMR, Toma E, Melleiro MM. Qualidade da Assistência Neonatal: Conceitos e tendências. In: Leone CR, Tronchin DMR, Toma E. Assistência integrada ao recém-nascido de baixo risco. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 31-5.
23. Simpson JH, Lynch R, Grant J, Alroomi L. Reducing medication errors whitin the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonat. 2004;89(6):480-2.
24. Dougherty D, Nash A. Bar Coding: A comprehensive breast Milk management system for the NICU: Early attempts to deal with breast milk errors. Neonat Network. 2009;28(5):321-8.

Recebido: 6.6.2011

Aceito: 14.5.2012

Como citar este artigo:

Quadrado ERS, Tronchin DMR. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2012 [acesso em: ];20(4):[08 telas]. Disponível em: _____

URL