

# Identificação do paciente: desafios e conquistas do HCFMRP-USP

Andréa Cristina Soares Vendruscolo<sup>1</sup>, Jéssica Cordeiro Menezes<sup>2</sup>, Luciana Kathumi Kiyoto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira Gerente de Riscos e Presidente do Núcleo de Segurança do Paciente, <sup>2</sup>Farmacêutica do Serviço de Gerenciamento de Riscos, <sup>3</sup>Oficial Administrativo do Serviço de Gerenciamento de Riscos.

---

## Resumo

A gestão da qualidade e da busca da melhoria contínua deve ser mais que um diferencial competitivo para as instituições de saúde; deve ser uma construção alicerçada na segurança do paciente com redução de atos inseguros dentro do sistema de saúde, embasado em boas práticas assistenciais com uso eficiente dos recursos disponíveis associado à análise, mensuração de resultados e ações de melhoria em processos deficientes. Este estudo descreve a preocupação com a segurança do paciente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP), bem como, o caminho percorrido em busca da melhoria no processo de identificação do paciente, visto que o mesmo é o alicerce para a assistência segura.

**Palavras-chave:** identificação do paciente, segurança do paciente.

---

## Introdução

Um dos pontos cruciais e extremamente importantes para o desenvolvimento de processos assistenciais seguros é a identificação correta dos pacientes.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar<sup>1</sup>.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente<sup>2</sup>.

Na última década observou-se a intensificação das discussões sobre segurança do paciente no cenário mundial.

Em abril de 2013, o Brasil se destacou em ações através do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O programa estabeleceu protocolos para atendimento às metas internacionais de segurança e determinou a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde<sup>3</sup>.

A fim de reduzir os erros e ampliar o número de práticas seguras, as instituições de saúde estão investindo em ações que primem pela qualidade assistencial e busquem a difusão de uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e ambiente. Estas mudanças estão focadas nas seis metas de segurança do paciente, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como meta número um a identificação correta do paciente<sup>4</sup>.

O HCRP é uma autarquia pública estadual, vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e associada à USP e tem como atividades principais proporcionar assistência médico-hospitalar e servir de campo de ensino e de pesquisa, na área da

saúde. Caracteriza-se como hospital de grande porte e alta complexidade, constituindo-se referência terciária para a região nordeste do estado de São Paulo, composta de cerca de 4 milhões de habitantes.

A preocupação em minimizar os riscos inerentes à assistência à saúde vem de longa data. Sendo assim, em 2001, a Instituição aceitou o convite da ANVISA para fazer parte da Rede Sentinela, no mesmo ano foi criado o Serviço de Gerenciamento de Riscos (SGR), inserido no Centro Integrado da Qualidade, vinculado a Assessoria Técnica e esta a Superintendência. O HCRP foi pioneiro dentre as instituições públicas a instituir, em 2007, o Comitê de Segurança do Paciente que foi reestruturado de acordo com a RDC 36 da ANVISA e passou a denominar-se Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cuja atribuição é assessorar a Administração a planejar, desenvolver, controlar e avaliar programas e tecnologias no estabelecimento das políticas e de diretrizes de trabalho voltadas a segurança dos processos assistenciais realizados na Instituição.

A partir do início das atividades do NSP foi traçado um panorama embasado na RDC 36 e nas portarias 1377 e 2095 de 2013 que instituíram os protocolos básicos de segurança do paciente (identificação do paciente, prática de higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão, prevenção de quedas, e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos) a fim de que fossem elencadas todas as atividades já desenvolvidas fazendo um comparativo com o preconizado nos seis protocolos básicos com o intuito de definir claramente onde a instituição estava e onde queria chegar, traçando objetivos e definindo responsabilidades para atingir as metas estabelecidas.

É importante ressaltar que para que a identificação ocorra de maneira segura e adequada é preciso envolver os profissionais responsáveis por todas as fases do processo, desde as equipes de pré-qualificação, aquisição e distribuição do material para que as unidades assistenciais tenham o insumo disponível em quantidade suficiente até a equipe assistencial com vistas a adesão das verificações preconizadas, além do paciente e acompanhantes para que entendam a importância de permanecerem identificados e auxiliem na vigilância para que as verificações sejam realizadas antes das intervenções.

Diante do panorama relatado acima foi descrito o caminho percorrido, as dificuldades e as melhorias instituídas no processo de identificação dos pacientes no HCRP.

## Justificativa

A literatura nos traz a evidência que grande parte dos eventos adversos tem como causa raiz falhas na identificação de pacientes, ação importantíssima, mas nem sempre realizada de forma adequada antes das intervenções assistenciais.

Portanto, a abordagem do tema é justificável uma vez que além do sofrimento e impacto emocional que recai sobre pacientes, familiares e profissionais, há também, o impacto nas instituições de saúde decorrentes da confiabilidade ou não dos serviços prestados pelas mesmas, bem como, o impacto financeiro inerente ao aumento do tempo de internação, sem mencionar o mais terrível desfecho: a perda de vidas humanas.

Há uma preocupação institucional em atender a proposta da OMS, que considera a identificação correta dos pacientes a primeira meta de segurança do paciente a ser garantida pelas instituições

hospitalares para a prevenção das falhas relacionadas ao processo assistencial.

Além disso, 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 a ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado somente por números ou códigos<sup>5</sup>.

## Objetivos

- Descrever as melhorias implementadas com foco no processo de identificação de pacientes;
- Identificar falhas no processo analisado e sugerir propostas de melhorias;
- Propor ações educativas preventivas;
- Viabilizar, via NSP, mudanças na prática assistencial de identificação de pacientes.

## Metodologia

A identificação de pacientes no HCRP era realizada utilizando-se pulseira de identificação na qual o nome completo e o registro eram escritos manualmente com caneta esferográfica pela equipe de enfermagem.

No acompanhamento deste processo foram identificadas algumas não conformidades como: uso de abreviaturas, letras ilegíveis, inserção de informações não preconizadas e ausências das preconizadas, letras borradas ou apagadas, erros de grafia, entre outras.

Diante disso, a equipe de saúde julgou que tal processo deveria ser reestruturado e inseriu o mesmo como um dos objetivos do planejamento estratégico 2009-2011.

Na ocasião foi definido que os pacientes internados e os que seriam

submetidos a procedimentos cirúrgico no Campus e todos os pacientes da Unidade de Emergência (U.E.) passariam a ser identificados com pulseiras impressas através de impressoras térmicas contendo identificação com código de barras, nome completo, registro e data de nascimento (pediatria) ou idade (adultos). Em recém-nascidos e gemelares a pulseira deveria conter nome completo e registro da mãe e a informação gemelar A, B, C e assim por diante.

Sendo assim, estabeleceu-se que no Campus a emissão da identificação ocorreria na Seção de Internação e Controle de Leitos, bem como na portaria de visitantes e acompanhantes no momento da internação ou, quando o paciente comparecesse à instituição para cirurgia sem que estivesse previamente internado. Nos casos de atendimento de urgência no Centro Obstétrico Campus a emissão das pulseiras seria realizada no próprio setor.

Na U.E. a emissão das pulseiras também ocorreria na Seção de Internação e Controle de Leitos que encaminharia a mesma para as áreas assistenciais a fim de que a enfermagem realizasse a sua colocação. Na passagem do paciente pelas catracas a pulseira seria lida para registrar a entrada. Na saída as pulseiras seriam lidas e o sistema deveria verificar e alertar o porteiro se existe ou não pedido de alta hospitalar.

Para tal os setores mencionados acima foram equipados com impressoras de código de barras. Na recepção dos Centros Cirúrgicos foram colocados microcomputadores e leitoras de código de barras sem fio, sendo estes utilizados para validação da existência do pedido de cirurgia e preenchimento do protocolo de cirurgia segura.

Havendo necessidade de emissão de outra pulseira o setor responsável deve solicitar ao Controle de Leitos através dos

Sistemas HCRP. Quando da reimpressão de pulseiras na U.E. o sistema fará automaticamente a integração com o sistema do Serviço de Distribuição para emissão de solicitação de encaminhamento da pulseira até a unidade solicitante. No Campus em dias úteis e horário comercial a escolta encaminha o paciente, documentos e pulseira; fora do horário comercial, feriados e finais de semana, o sistema emite um alerta para que o setor de distribuição seja acionado para o encaminhamento da pulseira.

Em cada leito foi afixado suporte acrílico para inserção da identificação contendo as seguintes informações: nome completo do paciente, registro HC, especialidade, quarto, leito e data de internação, sendo emitida pela enfermagem através do Sistemas HCRP.

Na recuperação pós-anestésica, a identificação foi acrescida com informações referentes ao tipo de procedimento e da anestesia realizada, sendo o sistema atrelado ao preenchimento da ficha cirúrgica.

Além disso, nas placas de identificação de leito foram inseridos nichos onde são sinalizados os potenciais riscos para cada paciente referente a Quedas, Tromboembolismo Venoso, Úlcera por Pressão e Flebite.

Os pacientes identificados como alérgicos devem receber uma pulseira vermelha que é colocada pela equipe de enfermagem.

Não era escopo do projeto pacientes de hospital-dia, em consulta ou submetidos a outros procedimentos em áreas ambulatoriais e as pacientes do Centro Obstétrico submetidos apenas a avaliação médica.

Em maio de 2012 o projeto de identificação do paciente referente ao objetivo 18 do planejamento estratégico foi concluído. Os desafios apontados para

o sucesso do projeto foram: institucionalizar a cultura de identificação dos pacientes junto as diversas equipes de trabalho; tornar os pacientes/acompanhantes aliados na institucionalização do projeto, através de sua conscientização no uso de seus direitos enquanto usuários; manter o sistema de informação hospitalar atualizado quanto a passagem do paciente na Instituição e organizar os processos de entrada de pacientes para a internação e realização de cirurgias.

Em consenso com as enfermarias da Ginecologia e Obstetrícia, do Centro Obstétrico e da Pediatria, foi estabelecido que a partir de 16 de janeiro de 2013, todos os recém-nascidos passariam a ser identificados com duas pulseiras de identificação, sendo uma no punho e outra no tornozelo esquerdo. Além disso, sempre que houver necessidade de encaminhamento do recém-nascido para exames ou procedimentos a mãe deverá estar presente, e quando não for possível o procedimento deverá ser realizado na enfermaria próximo ao leito da mãe.

Em 2014 intensificou-se a mobilização para atender as portarias 1377 e 2095 de 2013 que instituíram os protocolos básicos de segurança do paciente dentre eles o de identificação do paciente.

Após análise da documentação referente ao tema, foi realizada consulta aos membros do NSP em relação às necessidades prioritárias a serem contempladas no plano de segurança do hospital, sendo dentre elas elencadas a necessidade de ampliação da padronização do processo de identificação para todos os pacientes atendidos, pois foram disponibilizadas pulseiras de identificação em todas as áreas de internação, porém cerca de 2500 pacientes ambulatoriais/dia são atendidos. Sendo assim, foi realizada avaliação para definir o material mais

adequado às especificidades de cada área ambulatorial: pulseira, etiqueta autoadesiva, crachá (nome completo e registro HC) ou sistema de identificação eletrônica (nome completo, registro HC e foto). Outro ponto fundamental foi enfatizar a importância da conferência adequada da identificação, na rotina diária, antes da realização dos processos assistenciais.

O processo de trabalho foi redesenhado através das seguintes ações:

- Revisão e disponibilização das versões atualizadas dos procedimentos operacionais referentes ao tema;
- Os pacientes encaminhados para unidades de internação, Centro Cirúrgico e áreas que realizam procedimentos invasivos devem ser identificados com pulseiras brancas contendo código de barras, nome completo e registro.
- Os pacientes em atendimento ambulatorial devem utilizar pulseiras, etiquetas autoadesivas ou crachás contendo código de barras, nome completo e registro caso forem submetidos a procedimentos invasivos e durante a consulta devem ser identificados com o auxílio do sistema informatizado com checagem do nome completo e registro HC entre cartão de retorno e prontuário eletrônico (PEP), inclusive comparando o paciente ao seu registro fotográfico no PEP.
- A identificação de pacientes alérgicos continuaria sendo realizada com pulseiras vermelhas.
- Definido que o tema deveria ser trabalhado frequentemente sendo inserido na capacitação admissional, nos cursos ministrados pela Comissão de Educação Continuada em Enfermagem (CECEn) e na plataforma de ensino à distância para a equipe médica.

- Inserção dos seguintes indicadores de acompanhamento: número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente com periodicidade mensal; proporção de pacientes identificados entre os pacientes observados na avaliação de todas as unidades assistenciais, incluindo as ambulatoriais no Campus e na U.E. com periodicidade semestral.

## Resultados

Em 2008, estudo realizado nas enfermarias do HCRP pela EERP-USP, demonstraram que em relação a identificação, 53,20% dos pacientes internados estavam com pulseira de identificação e 89,60% estavam com identificação de leito. Em setembro do mesmo ano foi realizado levantamento de dados pela CECEn nas unidades de internação do Campus evidenciando que somente 42,98% dos pacientes estavam com a pulseira de identificação; em relação aos leitos 85,67% estavam identificados.

Em março de 2012, como etapa final do projeto contemplado no objetivo 18 do planejamento estratégico, foram realizadas auditorias nas unidades do HCRP Campus e U.E., para avaliação dos resultados e validação da meta de 100% dos pacientes identificados pactuada.

Como resultado no Campus obteve-se 99,6% de leitos identificados e 92,6% de pacientes identificados com pulseira. Na U.E. houve 92,8% de leitos identificados e 75,2% de pacientes identificados com pulseira.

Os resultados foram encaminhados para a Diretoria da Divisão de Enfermagem para análise e definição de plano de ação com vistas a alcançar a meta pactuada, sendo o projeto considerado concluído em maio de 2012.

Em 2014, após a conclusão do projeto, durante a discussão para

organização do evento “Qualidade e Segurança em Ação” definiu-se realizar nova avaliação para verificar identificação dos pacientes no Campus. Na ocasião foram observados 411 pacientes destes 106 (27,6%) não estavam com a pulseira de identificação, e 12 (2,92%) estavam com os leitos sem identificação. Importante ressaltar que dos 106 (27,6%) que estavam sem a pulseira de identificação, havia unidades de internação em que os pacientes também estavam sem o leito identificado. Tal resultado reacendeu a discussão referente ao tema e levou a definição de que as enfermarias não receberiam pacientes advindos de transferências internas sem a pulseira de identificação que seria um item obrigatório de verificação antes do encaminhamento. Além disso, foi também definido que no início de cada plantão deveria-se observar se o paciente estava com identificação pessoal e no leito legíveis.

Em junho e dezembro de 2015 foram realizadas novas avaliações de acompanhamento em todas as áreas assistenciais do Campus e da U.E.

Para que os dados pudessem ser comparados mantivemos os dados gerais para a U.E. que obteve em junho 91,11% e em dezembro 88,26% dos pacientes identificados. Em relação aos leitos identificados os resultados foram 98% e 97,93% respectivamente em junho e dezembro.

No Campus os resultados das unidades de internação foram desmembrados das áreas ambulatoriais visto que o projeto de identificação só foi ampliado para o referido setor no início de 2015. Os resultados obtidos nas unidades de internação para identificação dos pacientes foram 86,75% e 86,01% e para identificação dos leitos 90,85% e 96,35%. Nas unidades ambulatoriais o percentual

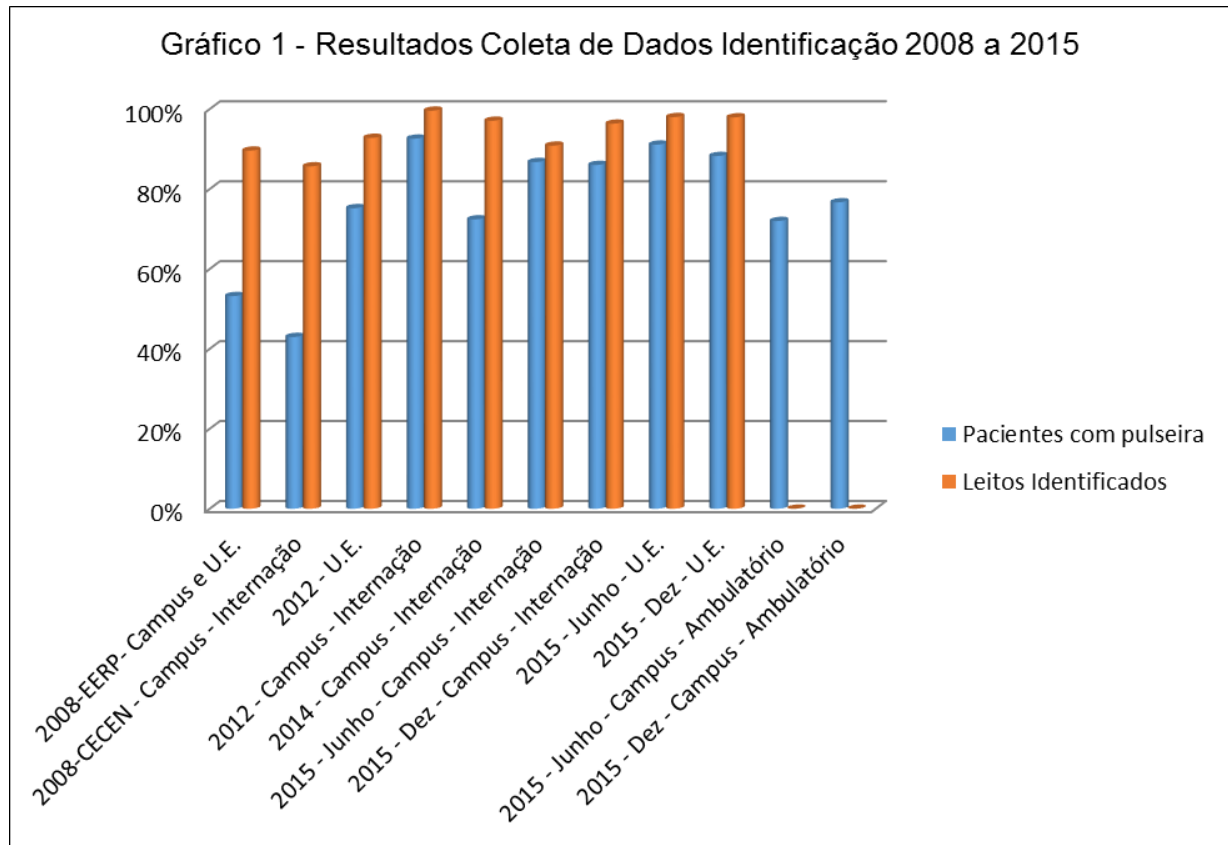
de adequação em relação a identificação do paciente foi de 72,03% e 76,67% respectivamente nos meses de junho e dezembro.

Em pesquisa no PubMed utilizando o descritor *identification wristband in Brazil* foram localizados dois artigos que mencionavam identificação de pacientes no Brasil, dos quais somente um apresentava dados de avaliação do uso da pulseira de identificação em pacientes hospitalizados em unidades de internação. Tal estudo foi realizado em 2012 em um hospital universitário de Porto Alegre com 841 leitos, a amostragem foi definida de maneira não probabilística e os indivíduos foram selecionados por conveniência, sendo encontrada conformidade nas pulseiras de identificação de 83,9% dos pacientes observados<sup>6</sup>.

Em agosto, durante discussão dos resultados em reunião do NSP foi evidenciado uma melhoria no processo de identificação na U.E. em relação a última auditoria realizada, um profissional diariamente visita as unidades para verificar a identificação dos pacientes realizando, com auxílio das equipes locais, as adequações.

Durante a discussão do NSP em relação aos resultados da avaliação de dezembro foi definido encaminhá-los, incluindo o comparativo entre as coletas de junho e dezembro para os responsáveis pelos setores. No encaminhamento as unidades que atingiram 100% de identificação foram parabenizadas, sendo solicitado que mencionassem as ações instituídas para alcançar a meta. Para as unidades que não conseguiram atingi-la foi solicitado que mencionassem as dificuldades e plano de ação para obter melhores resultados. A intenção é montar um banco de dados para troca de experiências em busca da melhoria contínua.

Abaixo foi disponibilizado gráfico com os dados estratificados por área e ano de coleta de 2008 a 2015:



### Considerações finais

Considerando que a identificação do paciente é um processo de educação continuada demandando mudanças no comportamento institucional é importante não só disponibilizar insumos e definir fluxos e diretrizes, mas também manter avaliações constantes com discussão dos resultados e movimentação das equipes na reflexão e parceria para resolução das dificuldades encontradas durante a trajetória em busca de resultados cada vez melhores.

Além disso, duas ações são extremamente relevantes: a inclusão do

paciente e acompanhante como aliados na vigilância deste processo e a disseminação entre a equipe de saúde que não basta colocar no paciente o insumo utilizado para identificação de acordo com a unidade e tipo de atendimento, sendo as verificações preconizadas parte fundamental e essencial do exercício profissional para evitar eventos adversos.

### Referências bibliográficas

1. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission

- Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.
2. Protocolo de Identificação do Paciente. [acesso em: 10 fev 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica----o-do-Paciente.pdf>
  3. Ministério da Saúde (BR). Relatório do seminário nacional para implantação do programa nacional de segurança do paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em: 12 nov 2013]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/Documentos/RelatorioSeminarioNacionalImplantacaodoProgramaNacionaldeSegurancadoPacienteout2013.pdf>
  5. World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. Genebra; 2007 [acesso em: 10 jan 2016]. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>
  6. Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. [acesso em: 28 fev 2016]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/224907.pdf>
  7. Hoffmeister LV, de Moura GM. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015 Jan-Feb;23(1):36-43. doi: 10.1590/0104-1169.0144.2522. English, Portuguese, Spanish.