



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:**  
A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO POR MEIO DA  
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**FRANCIELLE MACIEL SILVA  
TALITA PADILHA PORTO**

FLORIANÓPOLIS, 2010.

**FRANCIELLE MACIEL SILVA  
TALITA PADILHA PORTO**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO POR MEIO DA  
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido na 8ª UC, na disciplina de estágio supervisionado II, e apresentado como requisito para obtenção do título de enfermeiro pelo Departamento de Enfermagem, sob a orientação da Enfª Profª Drª Patrícia Kuerten Rocha.

FLORIANÓPOLIS, 2010.

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

PORTO, Talita Padilha; SILVA, Francielle Maciel. **A segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos e da identificação do paciente.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 115p.

**FRANCIELLE MACIEL SILVA  
TALITA PADILHA PORTO**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO POR MEIO DA HIGIENIZAÇÃO DAS  
MÃOS E DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

*Patricia Kuerten Rocha*

\_\_\_\_\_  
Profa Dra Patricia Kuerten Rocha

*Jane Cristina Anders*

\_\_\_\_\_  
Profa Dra Jane Cristina Anders

*Sayonara de Fátima Faria Barbosa*

\_\_\_\_\_  
Profa Dra Sayonara de Fátima Faria Barbosa

*Karine Schneider*

\_\_\_\_\_  
Enfa Mestre Karine Larissa Knaesel Schneider

Florianópolis, 30 de Novembro de 2010.



## Disciplina Int 5162 – Estágio Supervisionado II

O trabalho de conclusão de curso intitulado: A Segurança do Paciente Pediátrico por Meio da Higienização das Mãos e da Identificação do Paciente, desenvolvido pelas acadêmicas Francielle Maciel Silva e Talita Padilha Porto, foi realizado conjuntamente a primeira parte do mesmo, ou seja, introdução, revisão de literatura e metodologia, sendo que os resultados e as considerações finais foram realizadas individualmente. Devido este fato, cada aluna recebeu uma avaliação.

A acadêmica Francielle Maciel Silva mostrou interesse pelo tema e empenho no intuito de desenvolvê-lo da melhor forma possível. O artigo desenvolvido pela mesma, e as considerações finais foram avaliados pela Banca Examinadora como necessitando principalmente de um aprofundamento teórico e ampliação e aprofundamento da discussão dos dados, necessitando assim, serem reescritos para publicação.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de cunho observacional, cujos resultados mostraram a necessidade de se implementar estratégias de higienização das mãos em uma unidade de internação pediátrica, com o objetivo de promover a segurança do paciente.

Patricia Kuerten Rocha

Profª Drª Patricia Kuerten Rocha

Orientadora

Florianópolis, 05 de dezembro de 2010.



## Disciplina Int 5162 – Estágio Supervisionado II

O trabalho de conclusão de curso intitulado: A Segurança do Paciente Pediátrico por Meio da Higienização das Mãos e da Identificação do Paciente, desenvolvido pelas acadêmicas Francielle Maciel Silva e Talita Padilha Porto, foi realizado conjuntamente a primeira parte do mesmo, ou seja, introdução, revisão de literatura e metodologia, sendo que os resultados e as considerações finais foram realizadas individualmente. Devido este fato, cada aluna recebeu uma avaliação.

A acadêmica Talita Padilha Porto seguiu o rigor científico e ético desde a elaboração do projeto até a finalização do desenvolver da pesquisa. Além disto, mostrou desprendimento, responsabilidade, curiosidade e competência para abordar o tema e desenvolvê-lo. Realizou uma ampla revisão da literatura, buscando artigos nacionais e internacionais no intuito de embasar cientificamente suas decisões metodológicas e resultados encontrados na pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de cunho observacional, cujos resultados mostraram a necessidade de se implementar estratégias de identificação adequadas à população pediátrica, com o objetivo de promover a segurança do paciente.

Acredito que a acadêmica será uma profissional competente, que contribuirá de forma positiva no cuidado ao paciente, implementando uma assistência que promova a segurança destes.

Profª Drª Patrícia Kuerten Rocha

Orientadora

Florianópolis, 05 de dezembro de 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

A nossa Orientadora Enf<sup>ª</sup>. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. PATRÍCIA KUERTEN ROCHA pelo incentivo, empenho e força na construção desta monografia. Especialmente pelo seu espírito inovador e empreendedor na tarefa de multiplicar seus conhecimentos, pela sua disciplina nos ensinando a importância do trabalho em grupo e pela oportunidade de participação em publicações, eventos e exercícios simulados.

A nossa supervisora de estágio KARINE LARISSA KNAESEL SCHNEIDER por nos guiar para sermos profissionais competentes, comprometidas e capazes de atuar com responsabilidade. E também por contribuir na construção de experiências e aprimoramento de conhecimentos possibilitando um espaço propício a aventura que é o aprendizado e a prática.

A professora JULIANA LESSMANN pela importante contribuição que prestou para construção e análise dos dados da pesquisa. Sua calma e tranquilidade nos impulsionaram a ter força para terminar este trabalho com sucesso.

As nossas mães MARLI DE FÁTIMA PADILHA e MARILENE MACIEL por todo apoio, atenção, carinho e trabalho de superar conosco este desafio de forma integral, assumindo mais que seus papéis de mães, mas também de amigas e companheiras fiéis nesta jornada.

Ao irmão de Talita Padilha Porto, NELSON PORTO NETO pelo esforço em atenuar os problemas de computação, impressão e sistema de informação, quando alguma coisa acontecia, lá vinha ele como um super herói recuperando arquivos, salvando documentos e fazendo backups.

A ISRAEL MENDES, noivo de Talita Padilha Porto, por toda colaboração e trabalho duro na correção e normatização do trabalho, contar contigo nesta etapa da minha vida só reforçou nossos pilares e aumentou ainda mais o amor que temos um pelo outro, amor que tem seu significado muito além das idéias sociais, mas fundamentado no poder da amizade, da solidariedade, do trabalho em equipe, e da conquista.

A todos os professores do Curso de Graduação em Enfermagem pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Particularmente a Enf<sup>ª</sup>. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. ANA ISABEL JATOBÁ, por sua vocação inequívoca, por não poupar esforços como interlocutora dos alunos e por suprir eventuais

falhas e lacunas. A sua sabedoria e complacência nos faz querer ser sempre alguém melhor. Obrigada professora! Muitas etapas vencidas e muitos percursos a percorrer e com certeza a conquistar.

Às nossas famílias e amigos pela paciência em tolerar a nossa ausência.

A todos as crianças e profissionais da Unidade de Pediatria, seres maravilhosos que contribuíram intimamente para o nosso crescimento profissional, pessoal e o mais importante espiritual nesta jornada de aprendizado e de construção de valores.

E, finalmente, a DEUS pela oportunidade e pelo privilégio que nos foram dados em compartilhar tamanha experiência e, ao frequentar este curso, perceber e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, das nossas vidas.



## **EPÍGRAFE**

**"O mundo é perigoso não por causa daqueles que fazem o mal, mas por causa daqueles que vêm e deixam o mal ser feito."**

*Albert Einstein*

## RESUMO

**Introdução:** A preocupação com a segurança do paciente é não uma questão recente, e tem suas dimensões difundidas a nível mundial. Os profissionais de saúde, conscientes da responsabilidade de prestar um cuidado mais seguro e de qualidade, têm estimulado para que instituições e organizações mundiais invistam no desenvolvimento de pesquisas na área da segurança, a fim de explorar e aprimorar estratégias que contribuam para a melhora da assistência prestada. **Objetivos:** Avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicação e fluidos pelos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Internação Pediátrica num Hospital Escola do Sul do Brasil segue as diretrizes estabelecidas pela Anvisa (2006/2007/2008) e OMS (2009); e avaliar se a identificação do paciente realizada antes do procedimento de administração de medicação e fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela WHO (2007). **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo exploratório observacional realizado entre agosto e novembro de 2010, cuja coleta de dados foi implantada por meio da observação aleatória nos turnos manhã e tarde, com 13 profissionais de enfermagem, sendo estes 12 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro. Os critérios de inclusão foram: estar no exercício de suas funções no período de coleta de dados, e aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Com relação a higienização das mãos, constatou-se a baixa adesão à prática e estrutura inadequada, segundo as diretrizes estabelecidas pela OMS e ANVISA. Os resultados referentes à identificação do paciente evidenciaram que foram realizadas 223 observações e em apenas 142 vezes os pacientes foram identificados de alguma forma para administração de medicação, nenhum profissional observado recebeu instrução específica para administração de medicação nos últimos 2 anos. 192 leitos possuíam identificação, sendo que os dados descritos nos registros nem sempre continham informações consideradas essenciais. **Considerações Finais:** Entendemos que há necessidade de se reestruturar o espaço físico e fornecer condições favoráveis para realização destas práticas pelos profissionais. Observamos que é preciso se estabelecer um sistema de identificação do paciente, assegurando a segurança do paciente, e reformular o ambiente fornecendo recursos materiais favoráveis a higienização das mãos. Como também, promover capacitação e educação continuada com a equipe garantindo assim, a adesão das práticas e conseqüentemente a segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos e da identificação correta do paciente.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de controle de infecção hospitalar
CDC	Center of Disease Control and Prevention
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drug Administration
HU	Hospital Universitário
JIC	Joint Commission International
NHS	National Health of Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Imagem do Queijo Suíço.....	19
Figura 2 – Cinco momentos para higienização simples das mãos.....	28
Figura 3 – Primeiro passo da higienização simples das mãos.....	31
Figura 4 – Segundo passo da higienização simples das mãos.....	31
Figura 5 – Terceiro passo da higienização simples das mãos.....	31
Figura 6 – Quarto passo da higienização simples das mãos.....	31
Figura 7 – Quinto passo da higienização simples das mãos.....	31
Figura 8 – Sexto passo da higienização simples das mãos.....	31
Figura 9 – Sétimo passo da higienização simples das mãos.....	32
Figura 10 – Oitavo passo da higienização simples das mãos.....	32
Figura 11 – Nono passo da higienização simples das mãos.....	32
Figura 12 – Décimo passo da higienização simples das mãos.....	32
Figura 13 – Décimo primeiro passo da higienização simples das mãos A.....	32
Figura 14 - Décimo primeiro passo da higienização simples das mãos B.....	32
Figura 15 – Passos 1, 2, 3 e 4 da fricção de antisséptico nas mãos.....	33
Figura 16 - Passos 5, 6, 7, 8 e 9 da fricção de antisséptico nas mãos.....	33

## SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1 OBJETIVOS .....	16
<b>2.0 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	18
2.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	24
2.3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	37
<b>3.0 METODOLOGIA.....</b>	<b>45</b>
3.1 LOCAL.....	45
3.2 POPULAÇÃO.....	45
3.3 TIPO DE ESTUDO .....	45
3.4 MÉTODO DE ANÁLISE .....	46
3.5 ETAPAS DA PESQUISA .....	46
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
<b>4.0 RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
4.1 ARTIGO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	48
4.2 ARTIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE .....	61
<b>5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO: HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS .....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>

## 1.0 INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde estão cada vez mais concentrados em promover práticas assistenciais seguras e de qualidade. Conscientes da responsabilidade de prestar um cuidado diferenciado que preserve a individualidade de cada paciente algumas instituições e organizações mundiais têm investido no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, a fim de explorar e aprimorar estratégias que contribuam para a melhora da assistência prestada.

Em 1859, Florence Nightingale, já postulava enunciar como dever primordial de um hospital não causar mal ao paciente (PEDREIRA, 2009). Sendo referenciada por Cheung *et al.* (2008), como a condutora da primeira pesquisa em enfermagem considerando os resultados do cuidado, elencando a falta de condições sanitárias, de higiene e de qualidade nos hospitais como fatores influentes nas taxas de mortalidade.

No final da década de 90, estudos epidemiológicos evidenciaram que erros acontecem e são freqüentes durante a prestação da assistência, causando milhares de mortes e irreversíveis seqüelas; devido isto, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América publicou o livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Kohn *et al.*, 2000).

A partir disso, o tema segurança do paciente atinge o interesse mundial. Os estudos publicados no livro acima citado são exemplos de iniciativas que influenciaram os profissionais da área da saúde a procurar identificar as inúmeras interfaces que constituem a dimensão fundamental do cuidado e suas implicações sobre a segurança do paciente.

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2002, pág. 11), “aponta como relevante a questão da segurança do paciente, uma vez que, a incidência de eventos adversos é uma considerável causa evitável de sofrimento humano que acarreta um alto ônus financeiro e custo de oportunidade para os serviços de saúde”.

Assim, é imprescindível que se aprenda a prevenir e saber corrigir os eventos adversos e também a transformar o sistema de atendimento para prevenção do erro, como já vem sendo realizado em outras áreas da atividade humana há várias décadas (PEDREIRA, 2009).

Com a perspectiva de que o paciente sob cuidados está sujeito ao risco de sofrer eventos adversos e há necessidade de se posicionar quanto a isto, a *World Health Organization* - WHO criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente tendo como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para segurança do paciente em termos mundiais por meio do lançamento de programas voltados para alcançar este objetivo (GOMES, 2010; WHO, 2008).

Idealizando cumprir com a missão estabelecida pela WHO na área de segurança do paciente, a Aliança considera crucial a realização de estudos e pesquisas na área, uma vez que o conhecimento é essencial para compreender as causas e a extensão dos danos ocasionados e sua utilização irá garantir um cuidado mais seguro (WHO, 2008). Assim, estabeleceu uma agenda de atividades, dividida em cinco áreas de atuação (HARADA, 2009):

1. Avaliar e compreender o problema de segurança em saúde;
2. Desenvolver normas e estabelecer padrões para reduzir danos;
3. Melhorar o acesso ao conhecimento: utilização e avaliação de impacto;
4. Promover inovações e manter o compromisso;
5. Fortalecer a capacidade mundial para segurança do paciente.

Pensando nisto, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (WHO, 2008) definiu para o biênio 2008-2009 um programa com 12 áreas de trabalho contemplando a questão da segurança do paciente como tema central das ações. A primeira área constitui-se dos Desafios Globais para Segurança do Paciente que tem como objetivo identificar tópicos de riscos mais significativos aos estados membros. Um dos desafios desta área é o Cuidado Limpo e Cuidado Seguro, que busca reduzir infecções associadas ao cuidado à saúde, além de aumentar a conscientização do impacto de infecções associadas ao cuidado (WHO, 2006; PEDREIRA, 2009)

Outro aspecto considerado importante para a Segurança do Paciente estabelecido pela Aliança é a transmissão de conhecimento e soluções práticas sobre segurança do paciente para disseminá-los em todo mundo. Esta meta foi definida como a sexta área de atuação e aprovou em 2007 nove soluções, sendo uma delas a identificação correta do paciente.

Com esta Aliança, de acordo com Pedreira e Harada (2009), diversas iniciativas estão sendo desenvolvidas e implementadas com intuito de transformar o cenário mundial a respeito da realização de um cuidado mais seguro. Para isso, pretende mobilizar esforços globais para aumentar a segurança do paciente em todos os estados membros da WHO.

Em conformidade com a importante mobilização pela Segurança do Paciente feita pela WHO, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA organizou no Brasil propostas nos moldes do programa mundial, considerando a segurança como um dos critérios básicos para se alcançar a qualidade da atenção ao paciente.

A ANVISA trabalha com a colaboração de autoridades públicas, profissionais da saúde, especialistas em controle de infecção hospitalar e representantes de prestadores de serviços, buscando identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de

saúde ajudando a definir quais são as prioridades nacionais em concomitância com as metas internacionais (ANVISA, 2007).

A WHO (2008), refere que 1 em cada 10 pacientes sofre algum dano durante a assistência de saúde, resultante das limitações tecnológicas, de infra-estrutura e de recursos humanos. Em países em desenvolvimento as evidências de danos conseqüentes da falta de segurança do paciente são escassas, sendo que, o cuidado inseguro acarreta em hospitalização prolongada, diminuição de renda, incapacidade, problemas legais, e gastos que alcançam valores entre 6 a 29 bilhões por ano para alguns países.

De acordo com a *Joint Commission Internacional* - JCI (2007) a falha em identificar corretamente os pacientes continua a resultar em erros de medicação, de transfusão sanguínea, da realização de exames e procedimentos em clientes errados, como também, a alta de recém-nascidos à famílias erradas. Entre novembro de 2003 e julho de 2005 a Agência Nacional de Segurança do Pacientes do Reino Unido relatou 236 incidentes relacionados a pulseiras de identificação com informações incorretas dos pacientes ou a perda das mesmas (REEVES, 2005).

Quanto à higienização das mãos, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2007) estima que entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções e a higienização das mãos é a medida primária para a redução dessa taxa quando relacionada à assistência de saúde.

Refletindo sobre a segurança do paciente pediátrico, as pesquisas apontam dados preocupantes, já que trata-se de uma população de alto risco aos eventos adversos em função da imaturidade de seus sistemas imuno e fisiológicos, diferenciações anatômicas, e características complexas e individualizadas de desenvolvimento, que considera cada faixa etária e seu processo de vida.

Estudo descritivo e de correlação realizado por Harada *et al.* (2003) em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital universitário em São Paulo, verificou que 113 ocorrências adversas aconteceram com 38 pacientes entre 0 e 17 anos, ou seja, uma média de 2,9 ocorrências adversas por criança como resultado da prática do cuidado de enfermagem. Sendo que 73,7% das 38 crianças sofreram de um a três ocorrências, 18,4% de quatro a seis, e 7,9% sofreram mais de seis ocorrências. Dentre essas, uma criança sofreu onze eventos.

Considerando o profissional de enfermagem o trabalhador mais próximo do paciente e sua família, problemas deste tipo são relevantes de serem pesquisados e trabalhados, já que isto subsidia o reconhecimento de fatores essenciais para o aprimoramento do cuidado seguro.



Apesar de serem muitas as publicações com relação à segurança do paciente em geral, a preocupação global com a segurança do paciente pediátrico ainda é limitada. Schatkoski *et al.* (2009) salienta que as pesquisas existentes são comumente baseadas nas estratégias já observadas com os pacientes adultos.

A Academia Americana de Pediatria (2001) ressalta que estratégias para minimizar eventos adversos tanto nos ambulatorios quanto nos setores de internação são necessárias, visto que, a falta de informações sobre os eventos ocorridos com a população pediátrica é preocupante. Para tanto, todos os sistemas de saúde devem ser organizados para evitar danos aos pacientes, e a identificação e observação da ocorrência destes eventos na assistência é o primeiro passo para elaboração de uma estratégia preventiva que vise a segurança deste paciente vulnerável (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

Através das buscas por identificar às situações de risco a segurança do paciente, muitas pesquisas têm evidenciado a existência de erros e eventos adversos durante o tratamento medicamentoso. A terapia medicamentosa se constitui numa das formas mais utilizadas ao longo dos anos para curar doenças, desde o surgimento das ciências da saúde (VEIGA; MACIEL, 2005).

Embora a utilização segura da terapêutica medicamentosa exija ambientes especializados e dinâmicos, a realidade dentro do sistema de saúde é outra, afetando diretamente a segurança do paciente.

Na pediatria, a questão é ainda mais delicada. A população além de igualmente exposta a eventos adversos envolvendo medicação, está mais vulnerável a desenvolver reações adversas a medicamentos, uma vez que, muitos fármacos são liberados no mercado sem definição exata de sua correta utilização para pediatria.

Pesquisa realizada no Brasil em uma unidade de terapia intensiva pediátrica oncológica registrou 227 eventos envolvendo medicação em cada mil pacientes por dia (BELELA, 2008).

Refletindo sobre a segurança do paciente para administração de medicação, entendemos que os enfermeiros são os principais envolvidos na distribuição, preparo e administração de medicamentos. De acordo com Raju *et al.* (1989) os erros de administração de medicamentos cometidos pelos enfermeiros são os mais registrados em relatórios de incidentes. Em outros estudos aproximadamente um em cada três erros de administração de medicamentos foram atribuídos aos enfermeiros (RAJU *et al.*, 1989). Numa outra pesquisa que buscou verificar as mortes causadas por erros de medicação notificados à Food and drug Administration - FDA 1993-1998, o problema de administração do medicamento a um

paciente indevido aparece como a segunda maior causa. Dos 583 casos verificados, 469 óbitos aconteceram por erro de medicação, e estão associados a falhas de comunicação, confusão de nomes, falhas de identificação do medicamento, de identificação do paciente, e a embalagem inadequada (BAYLEY *et al.*, 2005).

Já que a administração de medicamentos é realizada em sua maioria pelos enfermeiros, os erros de administração estão intimamente associados ao cuidado de enfermagem, e a identificação correta do paciente se torna fundamental.

Outro ponto considerado relevante por muitos pesquisadores, diz respeito às infecções decorrentes da administração de medicamentos. A microbiota existente na pele pode ser responsável por infecções sistêmicas em pacientes vulneráveis. Através de procedimentos que permitam a sua penetração na corrente sanguínea, linfática ou nos tecidos, eles podem causar problemas que seriam evitáveis com uma boa higienização das mãos (CERQUEIRA, 1997).

O profissional quando vai administrar uma medicação, entra em contato com o paciente, e principalmente com o sítio de administração de medicação. Se não realiza uma boa higienização das mãos, pode estar sendo meio de transporte de microorganismos, muitos deles multirresistentes, aumentando o risco deste paciente adquirir uma infecção.

A higienização das mãos é uma prática relativamente simples, barata, e certamente, estará evitando possíveis complicações tais como abscessos, flebites, tromboflebites, que são as infecções mais comuns decorrentes da administração de medicação, principalmente por via endovenosa (CASSIANI, 2010; CARVALHO, 2000).

Medidas profiláticas em relação às infecções e a problemas de identificação antes da administração de medicamentos têm sido alertadas por vários autores, principalmente para as populações de risco, incluindo os pacientes pediátricos. Assim, verificamos a necessidade de realizar uma pesquisa sobre a segurança do paciente por meio da higienização das mãos e da identificação do paciente antes da administração de medicação, já que ambas são situações potencialmente causadoras de danos evitáveis e se constituem nos princípios básicos para realização de uma assistência em saúde mais segura.

## 1.1 OBJETIVOS

Avaliar se a higienização das mãos (higienização simples e fricção anti-séptica das mãos) realizada antes do preparo e da administração de medicação (endovenosa,

intramuscular, subcutânea, via oral) ou fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela ANVISA (2006, 2007, 2008) e OMS (2009).

Avaliar se a identificação do paciente realizada antes do procedimento de administração de medicação e fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela WHO (2007).

## 2.0 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura aqui apresentada resultou do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre os temas: segurança do paciente, higienização das mãos e identificação do paciente.

Por meio da análise da literatura publicada traçamos um quadro teórico dando sustentação ao desenvolvimento desta pesquisa, e permitindo um mapeamento do que já foi publicado sobre os temas. A revisão de literatura se dividiu portanto, em 3 capítulos: Segurança do paciente; Higienização das Mãos e Identificação do Paciente explanados a seguir.

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente é não uma questão recente, e tem suas dimensões difundidas a nível mundial. Esta é definida por Schatkoski *et al.* (2009), como a prevenção de danos na assistência à saúde e a redução das repercussões desses na vida dos pacientes.

Segundo a OMS (2009) segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Compreendemos que a limitação de atos inseguros nos processos assistenciais está relacionada com a realização de práticas de cuidado que alcancem os melhores resultados possíveis para o paciente.

Matos (2007) complementa que segurança é a relação entre o segurado e o risco, o natural e o humano, sendo livremente consentida pela pessoa ou grupo cuja segurança analisamos. Já para Vincent (2009) a expressão pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões conseqüentes do processo de atendimento médico-hospitalar. Apesar de o tema vir sendo descrito e estudado por mais de um século os profissionais de saúde não demonstram ter entendido a extensão e a gravidade do problema.

Considerando que em algum momento todo ser vivo necessita de segurança para garantir a sua qualidade de vida, é que as ciências políticas e da saúde começaram a refletir

sobre isso com maior relevância. E uniram esforços para construir iniciativas e estratégias que pudessem ser utilizadas na melhora e garantia de um atendimento de saúde de qualidade.

Historicamente, a necessidade de proteção existe desde o surgimento do homem. Hipócrates filósofo do século V a.C., já utilizava a expressão: “*Primum non nocere*” que significa em primeiro lugar não causar dano (CARRARA; SALLES, 2009).

Mais tarde, os princípios de ética enunciados por Beauchamp e Childress consagravam que o médico, quando não pode atuar favoravelmente sobre a doença, deve-se abster de provocar danos adicionais (FRAGATA, 2005). São Tomás de Aquino no século XVIII definia a palavra segurança como um mal a evitar, a ausência de risco, a previsibilidade do futuro (LOURENÇO, 2007).

O reconhecimento de que a exposição ao sistema de saúde pode gerar danos, já tinha sido descrito como evitável por Barr (1956) como sendo o ônus inevitável que se paga pelos avanços tecnológicos da medicina, dando origem às enfermidades denominadas “doenças do progresso médico”.

A WHO (2010) relaciona o termo segurança do paciente com a identificação, análise e gerência de riscos e incidentes relacionados com paciente, objetivando um cuidado mais seguro minimizando possíveis danos. A luz de conceitos como, acreditação hospitalar, gestão de risco, erro médico, evento adverso, evento sentinela, entre outros, as expectativas com relação à aceitação do insucesso que fere a segurança do paciente ainda são muito pequenas.

Pedreira (2008) explica, que com o desenvolvimento das ciências da saúde como uma área mais profícua, conquistas permitiram alterar a longevidade e a qualidade de vida por meio da erradicação das doenças, da compreensão e transformação das características fisiológicas e orgânicas e do alívio do sofrimento, na constante batalha pela cura das enfermidades, redução dos agravos físicos e promoção da saúde. Contudo, essa busca também fez com que os pacientes fossem expostos a riscos de sofrer danos, tornando nas últimas duas décadas o assunto tema de pesquisas.

A segurança do paciente é atualmente reconhecida internacionalmente como uma componente extremamente importante da Qualidade de Serviços em Saúde. A JCI (1993, p. 440) define a qualidade em saúde da seguinte forma: “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a probabilidade de obtenção de resultados indesejados”.

Na tentativa de sempre fazer o melhor pelo paciente entendido por Pedreira (2008) como cliente, indivíduo, família ou comunidade que recebe tratamentos e cuidados, foi que o Ministério da Saúde (2003) começou a se preocupar em prevenir erros na atenção à saúde e

reduzir as repercussões desses na vida dos pacientes, uma vez que, estão diretamente influenciados pelo ambiente de trabalho, dimensionamento dos profissionais envolvidos, questões individuais e coletivas dos trabalhadores, aspectos institucionais, entre outros.

Estudo publicado no livro *To Err is Human* descreveu que a cada dia 100 norte-americanos hospitalizados morrem por danos relacionados a eventos adversos e não em decorrência de doença, sendo considerada a oitava causa de mortalidade, e tornando-se o principal problema de saúde pública em vários países desenvolvidos (KOHN *et al.*, 2000).

Segundo a *World Health Organization*, anualmente milhões de pacientes no mundo são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em consequência de práticas de saúde inseguras. Schatkoski *et al.* (2009), relata que um estudo realizado com 3719 pacientes de 0 a 20 anos de idade em hospitais americanos, mostrou que eventos adversos ocorrem em 1% das hospitalizações e que 0,6% desses são preveníveis (WHO, 2007).

O *National Health of Service – HHS* (2000) estima que 400 pessoas morrem ou ficam gravemente feridas em eventos adversos envolvendo assistência médica a cada ano, e que cerca de 10.000 pessoas relataram já ter sofrido algum dano grave principalmente os relacionados a reações medicamentosas.

Outro estudo realizado pela *Commission of Health* de Nova York demonstrou que 3,7% dos pacientes sofreram algum dano durante o período de internação (KOHN; *et al.*, 2000).

Considerando os custos sociais e econômicos, encontramos que alguns estudos realizados pela NHS no Reino Unido quantificaram gastos por internações adicionais que chegam a 2 milhões de libras, em virtude de danos causados durante a assistência, e cerca de 400 milhões de libras por ano referente a queixas e indenizações como consequência de eventos adversos (WHO, 2002). Além dos custos monetários, Souza (2006) acrescenta os prejuízos resultantes da insatisfação e falta de confiança que surge entre os cidadãos e as instituições prestadoras de cuidados.

Pedreira (2009, pág. 5) ressalta que é preciso “aceitar que o sistema no qual se desenvolvem as principais ações de cura e cuidado para promoção, recuperação e reabilitação da saúde, precisa ser repensado para garantir a segurança do usuário”. De acordo com a autora, pacientes e famílias têm sido vítimas de eventos adversos considerados evitáveis, mesmo nas mais estruturadas instituições de saúde.

Algumas iniciativas globais propostas pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada em outubro de 2004 pela Organização Mundial da Saúde, tem a perspectiva de apontar a segurança do paciente como objetivo crucial na garantia de cuidado de qualidade.

Segundo Gomes (2010), um dos primeiros desafios a serem enfrentados mundialmente pelos membros desta Aliança é identificar os aspectos relacionados aos riscos que os pacientes estão sujeitos durante o processo de cuidado.

Composta por várias organizações nacionais e internacionais, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente reuniu os países membro da OMS interessados no tema e propôs o desenvolvimento de ações divididas em diferentes áreas, visando a qualidade nos serviços de saúde e garantir maior segurança aos pacientes (PEDREIRA; HARADA, 2009). Das áreas de atuação propostas destacam-se duas a serem investigadas no presente estudo: a higienização das mãos e a identificação dos pacientes.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária consonante com a preocupação mundial, tem desenvolvido pesquisas e estratégias para segurança do paciente nos moldes do plano mundial, com o objetivo de identificar problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde nacionais, e construir projetos adaptados às necessidades brasileiras (ANVISA, 2007).

A proposta da Anvisa (2007) para a segurança do paciente no Brasil é encaminhar os projetos construídos com as sugestões recebidas da Aliança Mundial para Segurança do Paciente ao Ministério da Saúde, para subsidiar novas ações relativas à qualidade no atendimento hospitalar e também a adesão do Brasil à Aliança.

Embora vários países e instituições venham se preocupando com a questão, quando pensamos em segurança do paciente, consideramos um aspecto pragmático e de fácil detecção, análise e resolução. Todavia, as particularidades que norteiam a realidade acerca do tema, e à complexidade dos serviços de saúde e o caráter multifatorial das situações relacionadas a falhas de segurança, tornam sua abordagem difícil (SOUZA, 2006).

A OPAS (2002) coloca que para resolução do problema, normas, padrões e diretrizes para a qualidade de assistência e segurança do paciente devem ser instituídas, e sistemas de definição, medida e notificação de eventos adversos precisam ser criados e implantados promovendo o enquadramento de políticas baseadas em evidências. No entanto, é necessário apoiar os esforços das instituições em organizar suas ações atentando para segurança e incentivar pesquisas na área, só assim a implantação das estratégias acima será possível.

À luz da teoria do queijo suíço, James Reason (2002) explica que para a ocorrência de um evento adverso ou dano no paciente, é necessário o alinhamento de diversos *buracos*, por exemplo, falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido por parte dos profissionais, e comportamentos inseguros ou de risco por parte dos pacientes, entre outros.

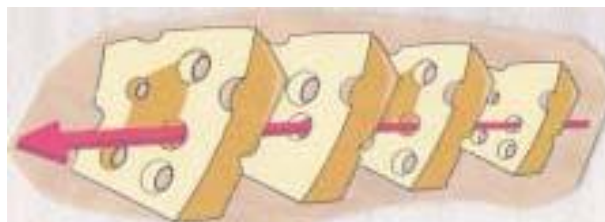


Fig. 1 - Imagem queijo Suíço. Fonte: British Medical Journal, n. 320, p. 768-770, 2000.

Souza (2006) complementa dizendo que a fonte do *problema* é, na maioria das vezes, desencadeada por múltiplos fatores, podendo a sua origem resultar de deficiências ou falhas na estrutura ou no processo de segurança.

Jamais poderemos extinguir a possibilidade do erro, já que é uma característica imutável dos seres humanos, mas podemos transformar o ambiente no qual estes agem, construindo um sistema que torne mais fácil fazer o certo e mais difícil fazer o errado (REASON, 2002).

Conforme reflexão feita por Stratton *et al.* (2004), os principais quesitos para a segurança no sistema de saúde devem ser: liderança, sistemas de informação e notificação de erros, mudanças de padrões de comportamento, e maior envolvimento do paciente e da família no seu plano terapêutico. A segurança do paciente deve ser considerada prioritária, e os profissionais devem ser estimulados e capacitados permanentemente quanto aos aspectos relacionados a prestação de uma assistência segura e livre de danos.

Sendo a enfermagem um dos agentes de interligação entre o sistema e o paciente, se dispõe em posição favorável a promoção de sua segurança, entretanto precisa direcionar seu conhecimento e prática para o cuidado do paciente em todas as suas dimensões, e não apenas para a correção de uma assistência com falhas (PEDREIRA, 2009).

Hughes (2008) concorda com a autora quando fala que os enfermeiros são os profissionais de saúde com maior probabilidade de interceptar erros e evitar danos aos pacientes. O autor coloca que a segurança de pacientes e um atendimento de qualidade são cerne dos sistemas de assistência de saúde e os processos de atendimento são inerentemente dependentes dos enfermeiros. Portanto para atingir o sucesso em matéria de segurança e qualidade e assim melhorar os cuidados prestados a população, o enfermeiro deve assumir seu papel de liderança.

A resolução nº 311/2007 artigos 12 e 13 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), afirma que todo profissional de enfermagem deve “assegurar à pessoa, família e coletividade uma assistência livre de riscos e danos decorrentes de imperícia, negligência ou de imprudência e somente aceitar encargos ou atribuições quando estiver seguro de sua competência técnica, científica, ética e legal”.



Vincent (p. 16, 2009) acredita que “sempre houveram médicos e enfermeiras se esforçando para melhorar a qualidade geral do atendimento, e seus esforços foram fundamentais para alcançar uma situação na qual o erro médico e a lesão iatrogênica pudessem finalmente ser discutidos”.

Se tratando da segurança de pacientes pediátricos, as pesquisas ainda são escassas principalmente no Brasil. Woods *et al.* (2004) relata que as evidências indicam que crianças e adultos experimentam diferentes tipos de risco para a sua segurança.

A hospitalização infantil se constitui numa situação estressante que reflete diretamente em todo o contexto de vida da criança. Esta situação coloca a criança em risco de sofrer vários tipos de danos tanto físicos quanto biopsicossociais.

A criança que fica restringida ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas e experimentando situações desconhecidas assim, corre o risco de sofrer quedas, de adquirir infecções, entre outras coisas que podem repercutir tanto positivamente quanto negativamente no seu desenvolvimento.

O brinquedo terapêutico é um exemplo de insumo que pode interferir na segurança do paciente pediátrico, por ser um potencial agente disseminador de infecção cruzada se sua limpeza for realizada de maneira incorreta (LEITE; SHIMO, 2006). Ao mesmo tempo, tem contribuído muito com a adaptação destes pacientes a hospitalização.

Outra questão relevante para segurança dos pacientes pediátricos diz respeito a administração de medicamentos. A dor representada pelas agulhas, medicações que ardem na pele, dentre outros procedimentos desagradáveis, até mesmo para um adulto, podem ser traumáticas para as crianças. E como a administração de medicamento é um procedimento especializado para esta população, deve garantir que a criança não seja exposta a outros danos considerados bem mais graves do que estes já citados, e que muitas vezes não podem ser evitáveis, mas apenas amenizados.

Um estudo realizado em 19 estados americanos de 2006 a 2008 pela *Health Grades* (2010) verificou que uma em cada 208 crianças internadas sofreu um evento adverso potencialmente evitável.

Nadzan e Westergaard (2008) explicam que as crianças possuem características específicas que podem aumentar o risco de sofrerem algum dano entre elas: características físicas e morfológicas diferenciadas dos adultos e desenvolvimento fisiológico, cognitivo, emocional e social complexo.

A segurança do paciente pediátrico é um desafio para os profissionais uma vez que, associado aos fatores acima listados, existe também a capacidade de comunicação limitada e rápido desenvolvimento da condição de doença (NADZAN; WESTERGAARD, 2008).

O Instituto de Medicina de Washington (2003) informou que os erros de medicação, com taxa de mortalidade associada ao erro, são os mais comuns na população pediátrica, superior aos erros de medicação ocorridos com pacientes adultos.

A pediatria possui três áreas que são particularmente relevantes para a enfermagem, sendo a comunicação, a administração de medicamentos e o controle de infecção. Estratégias que os líderes de enfermagem podem utilizar para melhorar o atendimento nessas áreas incluem: melhor comunicação multiprofissional, considerando a notificação dos eventos adversos, e redução de eventos provocados por problemas de comunicação (NADZAN, WESTERGAARD, 2008).

No mundo, existem milhões de profissionais de enfermagem prestando assistência nas mais diversas áreas de atuação que precisam refletir sobre a segurança como sendo fundamento de sua prática de cuidar. Para garantir uma assistência de qualidade, necessitam trabalhar em ambientes organizados de forma que sua atenção esteja voltada verdadeiramente as necessidades do paciente e sua família, e para isso, é necessário embasar seu conhecimento e prática nas melhores informações científicas existentes, geradas por pesquisas válidas e reconhecidas pelo meio científico, só assim conseguirão atuar de modo eficaz, qualificado, oportuno e seguro.

## 2.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Uma das principais iniciativas propostas pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente em 2005, no Desafio Mundial para a Segurança do Paciente é a Higienização das mãos como medida importante para prevenir infecções associadas ao cuidado de saúde. De acordo com a OPAS (2010), as infecções relacionadas à assistência representam um grande problema de saúde pública, aumentando a morbidade e a mortalidade entre os pacientes, e elevando os custos hospitalares.

Além de reduzir os índices de infecções associadas ao cuidado, o programa proposto pela OMS objetiva aumentar a conscientização do impacto destas infecções para o meio político, econômico e social, bem como, firmar um compromisso com os países membros da

Aliança em testar e implementar diretrizes e políticas que norteiem e aumentem a adesão da prática pelos profissionais.

De acordo com a OMS (2005), em países desenvolvidos, cerca de 5 a 10% dos doentes internados em hospitais adquirem infecções que não estavam presentes ou incubadas no momento da admissão. O mesmo autor cita ainda, estudo realizado nos Estados Unidos, que verificou que um em cada 136 doentes hospitalizados fica gravemente doente como resultado da aquisição de uma infecção hospitalar.

No Brasil, estima-se que três a 15% dos pacientes sob hospitalização adquirem infecção hospitalar e que, destes, cinco a 12% morrem em consequência da mesma (SCHEIDT; CARVALHO, 2006). As infecções hospitalares provocam 5.000 mortes por ano na Inglaterra. Pelo menos 25% dos pacientes admitidos desenvolvem uma infecção relacionada à assistência a saúde, mesmo em instituições providas de muitos recursos (OMS, 2005).

Em alguns países, esta proporção pode ser muito maior, Leon (1991) descreve que em Trinidad e Tobago, até dois terços dos doentes admitidos nas unidades de cuidados intensivos sofrem pelo menos uma infecção relacionada à assistência a saúde, pois o país possui escassez de recursos humanos e técnicos, o que contribui para índices altos de infecções relacionadas a assistência de saúde.

Outro exemplo descrito pela OMS (2005) está no México, onde as infecções relacionadas à assistência a saúde são a terceira causa mais comum de morte em toda a população. Conforme o autor, as estimativas sobre as infecções relacionadas à assistência a saúde podem variar na proporção de 40% ou mais em países em desenvolvimento.

O impacto é maior entre os pacientes pediátricos, pois todos os dias, 4384 crianças morrem em consequência de infecções relacionada à assistência a saúde em países em desenvolvimento (OMS, 2005).

Outro estudo sobre a prevalência das infecções hospitalares em 103 hospitais terciários, localizados em capitais brasileiras, com o objetivo de diagnosticar o problema das infecções hospitalares realizado em 1994, verificou que a taxa de infecção hospitalar foi de 13%. A prevalência em Unidade de Terapia Intensiva - UTI Neonatal foi a mais alta, 46,9%, seguida da Unidade de Queimados 38,2% e da UTI Pediátrica, 32,9% (PRADE *et al.*, 1995).

São informações preocupantes, já que a higienização das mãos é uma prática barata e simples. Por ser o elemento mais importante na prevenção das infecções, estratégias para adesão da prática pelas instituições de saúde vem sendo desenvolvidas à décadas, contudo, esforços contínuos são necessários para manter a adesão dos profissionais em um nível

aceitável, nas instituições de todo mundo. Para isso programas de acompanhamento, avaliação, e investigação precisam ser implementados; bem como, torna-se imprescindível estimular a educação e o aprimoramento dos profissionais com relação a higienização das mãos e redesenhar a infraestrutura para que esteja acessível a realização da prática (PITTET; BOYCE, 2001; ROSENTHAL *et al.*, 2003).

Fazendo uma retrospectiva histórica, os islâmicos, por exemplo, acreditam que a purificação é a separação intencional da impureza por meio de água (ZACARIAS, 2010). Para eles a lavagem das mãos e pés servia, desde a fundação de sua filosofia religiosa, de preparo para meditação e reflexão.

No século XI, Maimônides que era médico, filósofo e teólogo, preocupado com a necessidade de higienização das mãos, já defendia a prática da lavagem das mãos como um ato importante entre os profissionais da medicina (SANTOS, 2002).

Na metade do século XVI, Girolamo Fracastoro associava a importância da higiene, e da lavagem das mãos, como um meio de evitar a transmissão de doenças por meio do contato direto, da manipulação de pertences de pessoas infectadas ou através de transmissão à distância (PELCZAR, 1994).

Pelczar (1994) conta que a aplicação clínica da efetividade da lavagem das mãos, do uso de princípios epidemiológicos e da antissepsia também havia sido demonstrada em 1843, por Oliver Wendell Holmes.

Com a descoberta dos microorganismos em meados do século XVII, a influência do ambiente na transmissão de doenças começou a ser especulada. Nesta perspectiva podemos citar Aristóteles, que muito tempo antes, no século IV a. C., já alertava que ferver a água podia evitar doenças (PELCZAR, 1994).

Mas só em 1846, o tema passou a ser difundido nas ciências da saúde quando Ignaz Semmelweiss, médico-húngaro notou que as mãos tinham alguma relação com a transmissão de infecções (MENDONÇA *et al.*, 2003).

Carter (1983) explica que Semmelweiss descobriu isso, enquanto investigava a causa de morte de mulheres e recém nascidos em uma clínica de internação de um hospital em Viena confirmando que estas aconteciam porque os profissionais médicos que ali trabalhavam realizavam o toque vaginal com as mãos contaminadas por partículas cadavéricas, sem realizarem nenhum tipo de higienização prévia, transmitindo assim o que ele chamava de febre puerperal.

Entretanto, foi quando Louis Pasteur descobriu que as bactérias causavam infecções na metade do século XIX, é que a transmissão de doenças por meio de contato com as superfícies corporais começou a ser considerada (ANDRADE, 2002).

Posteriormente Joseph Lister introduziu no final do século XIX, o conceito de cirurgia asséptica, fazendo com que os cirurgiões se lavassem com solução de fenol e aplicassem pomadas de ácido fênico nas feridas, reduzindo significativamente o índice de infecções cirúrgicas (OLIVERA, 2005).

Ainda no século XIX, Florence Nightingale durante seu trabalho na guerra da Criméia conseguiu reduzir os índices de morte de militares feridos devido a implementação de medidas sanitárias e de higiene que diminuíram a transmissão de microorganismos aos demais pacientes (ANVISA, 2009).

De acordo Oliveira (2007), a partir dessa época, novos descobrimentos se fizeram como o uso de luvas de borracha, a esterilização por vapor de água e o emprego de anti-sépticos cada vez mais eficazes. Todos estes acontecimentos contribuíram para fixação de uma cultura voltada para higiene, principalmente das mãos.

Todavia, Mendonça *et al.* (2003) explica que mesmo com a constatação histórica significativa do valor da higienização das mãos na prevenção das doenças, profissionais de saúde continuam ignorando o valor desta prática tão simples e não compreendendo os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas.

O *Center of Disease Control and Prevention* – CDC (2002) mencionam a importância da higienização das mãos para a redução das infecções nos serviços de saúde desde 1946. A repercussão nacional sobre este tema iniciou em 1983 com o Controle das Infecções Hospitalares e a publicação da portaria 196/83 do Ministério da Saúde, obrigando todos os hospitais brasileiros a criarem Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CARVALHO; MARQUES, 1999).

Conforme a ANVISA (2009), guias foram publicados pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, entre 1975 e 1995, acerca de práticas de higienização das mãos em hospitais. Esses guias recomendavam a higienização das mãos, e apontavam quando e como esta deveria ser realizada.

Em 1989, o Ministério da Saúde editou o manual “Lavar as Mãos” com o objetivo de normatizar o procedimento nas unidades de saúde brasileiras, proporcionando aos profissionais de saúde subsídios técnicos e normativos com relação ao procedimento, visando à prevenção das infecções hospitalares (MS, 1989).

Anos depois, a legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC nº. 50, de 21 de fevereiro 2002, estabeleceu as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde e as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais. Estas normas foram publicadas com o intuito de reforçar o papel da higienização das mãos com ação mais importante na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde (ANVISA, 2007).

Em 2002, foi lançado pelo CDC, o “Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde”. Nesta publicação, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência do procedimento na prática, englobando a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos (CDC, 2002).

No ano de 2007, o Brasil se juntou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, e declarou seu compromisso na luta contra as infecções relacionadas à assistência à saúde, iniciativa proposta pelo programa “Desafio Global de Segurança do Paciente” que tem como área de trabalho a higienização das mãos (OPAS, 2008).

Com isso, as diretrizes estabelecidas pelo desafio “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura” - *Clean care is safer care*, lançado pela Aliança em 2005, ganha adaptação brasileira, e começa a ser implementado em diversas instituições nacionais.

Com esta iniciativa, a Anvisa (2008) espera proporcionar aos profissionais, administradores e gestores de serviços de saúde, conhecimento técnico para embasar as ações de prevenção e redução da incidência de agravos e óbitos provocados pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Uma vez que esta se constitui na prática prioritária de todos os programas de prevenção e controle de infecção hospitalar, já que reduz consideravelmente as taxas de infecções nosocomiais (REYBROUCK, 1983; PITTET et al., 2000; BASTOS, et al., 2006).

Além disso, de acordo com Oppermann et al. (1994), a maior quantidade de microorganismos está concentrada nas mãos dos profissionais de saúde, e são transportadas de paciente para paciente, para equipamentos, e para alimentos, proporcionando condições favoráveis à infecção hospitalar tornando-se responsáveis pela maioria das infecções cruzadas.

As mãos são as principais ferramentas de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, assim, a segurança do paciente depende diretamente da realização freqüente e correta da prática de higienização das mãos (ANVISA, 2009).

A OMS (2009) aponta a infecção associada ao cuidado de saúde como uma doença grave, com grande impacto econômico e social para os pacientes e os sistemas de saúde em todo o mundo, e descreve a higienização das mãos como uma tarefa simples, que se realizada na hora certa e de forma certa pode salvar vidas.

A realização desta prática depende de conhecimentos específicos sobre todos os processos biológicos que subsidiam a necessidade da higienização das mãos. Um deles se constitui no entendimento de como é formada a microbiota normal da pele, e como esta influencia na transmissão das doenças. Conforme descreve Santos (2002), a microbiota normal da pele é dividida em flora residente e flora transitória.

A microbiota transitória é composta de microorganismos que colonizam a camada superficial da pele, e são provenientes de fontes externas, sobrevivendo por curto período de tempo e sendo passível de remoção pela higienização simples das mãos, com água e sabonete, por meio de fricção mecânica (SANTOS, 2002; ANVISA, 2009). E por se espalharem com mais facilidade pelo contato, também são eliminadas mais facilmente pela degermação com agentes anti-sépticos.

Santos (2002) explica que os microorganismos que compõe a microbiota transitória são frequentemente adquiridos por profissionais de saúde durante a assistência, por contato direto com o paciente, ambiente, superfícies, produtos e equipamentos contaminados por microrganismos não-patogênicos ou potencialmente patogênicos, tais como bactérias, fungos e vírus, que raramente se multiplicam na pele.

A microbiota residente, é composta por microorganismos e elementos que colonizam as camadas mais profundas da pele, são mais resistentes a remoção apenas por água e sabão, ou por agentes químicos, e se multiplicam mantendo o equilíbrio com as defesas do hospedeiro (ROTTER, 2004; ANVISA, 2009). Muitos deles embora tenham baixa patogenicidade podem causar infecções em pessoas suscetíveis.

Rotter (2004) documenta que apesar da quantidade de microrganismos variar consideravelmente na flora de um paciente e outro, geralmente é constante para uma determinada pessoa. Portanto, fica comprovado que a pele serve como reservatório de microrganismos que podem ser transmitidos através do contato (ANVISA, 2009).

Outro tipo de microbiota descrita apenas por alguns autores é denominada de microbiota infecciosa, composta por microrganismos de patogenicidade comprovada, que causam infecções específicas como abscessos, panarício, paroníquia, ou eczema infectado das mãos (ROTTER, 2004). O *S. aureus* e o estreptococos  $\beta$  hemolíticos são as espécies de microrganismos mais frequentemente encontradas, e podem colonizar transitoriamente a

pele, principalmente polpas digitais, após contato com pacientes ou superfícies inanimadas, podendo ser transmitidos ao hospedeiro susceptível (KAMPF & KRAMER, 2004).

Como a higienização das mãos é a medida prioritária na remoção dessas microbiotas, e na redução da transmissão de microorganismos pelas mãos prevenindo a infecção, é que a OMS (2009) reforça a prática correta e freqüente da higienização das mãos.

Para ANVISA (2007) a Higienização das mãos tem duas finalidades:

- ✓ Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato;
- ✓ Prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

A OMS (2009) reforça que para garantir uma abordagem livre da disseminação de patógenos, cinco momentos para higienizar as mãos devem ser respeitados, e são momentos chave para proteção do paciente, reduzindo portanto as infecções associadas ao cuidado de saúde. São estes:

1. Antes de entrar em contato com o paciente: para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções;
2. Imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico: para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microorganismos do próprio paciente;
3. Imediatamente após o risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas): para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes;
4. Após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência: para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do próprio paciente;
5. Após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente, mesmo sem ter tido contato com ele: para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Eles estão representados na figura 2 a seguir:





Fig. 2 – Cinco momentos para higienização das mãos. Fonte: WHO, 2009.

A higienização das mãos pode ser realizada utilizando água e sabão, preparação alcohólica e anti-séptico (ANVISA, 2007). A escolha do produto vai depender da finalidade da higienização. Para Carrara e Salles (2009), é preciso disponibilizar produtos eficazes para higienização com baixo potencial de irritação.

O produto mais adequado é aquele que vem com instruções claras e objetivas do fabricante contendo inclusive sua ação e possível reação; e que podem ser armazenados em locais acessíveis para seu uso, funcionando adequadamente, e sendo reutilizado de forma correta (CARRARA; SALLES, 2009).

A ANVISA (2007) justifica ainda os momentos em que cada produto está indicado:

- ✓ Água e Sabão: quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; ao iniciar o turno de trabalho; após ir ao banheiro; antes e depois das refeições; antes do preparo de alimentos; antes de preparo e manipulação de medicamentos; e nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica.
- ✓ Preparação alcoólica: antes e após o contato com o paciente; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente; após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; e antes e após remoção de luvas.
- ✓ Anti-sépticos: para higienização anti-séptica das mãos e para degermação da pele.

Além disso, a ANVISA (2009) estabelece normas e rotinas para adequação do ambiente a prática correta de higienização das mãos.

A instituição explica que sempre que houver paciente (acamado ou não), examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos materiais para

a higienização das mãos (por meio de lavatórios ou pias) ao alcance da equipe de assistência, nos locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos, alimentos. Também é obrigatória a instalação de lavatórios / pias (ANVISA, 2009).

Para a instituição, a água utilizada para higienização deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos, obedecendo aos dispositivos da Portaria n. 518/GM, de 25 de março de 2004, que regulamenta os procedimentos relativos ao controle e à vigilância da qualidade deste insumo.

Os produtos utilizados devem estar registrados e conter o menor risco de contaminação, insumo regulamentado pela resolução da ANVISA n. 481, de 23 de setembro de 1999.

Deve ainda existir a provisão de sabão líquido, e de recursos para secagem das mãos. A Anvisa (2009) descreve que o papel-toalha disponível por exemplo, deve ser suave, possuir boa propriedade de secagem, ser esteticamente aceitável e não liberar partículas, com preferência aos papéis em bloco, que possibilitam o uso individual, folha a folha. O dispositivo porta-papel toalha deve ser fabricado em material que não favoreça a oxidação, seja de fácil limpeza e reposição do papel e de fácil instalação.

Para os ambientes que executem procedimentos invasivos, cuidados a pacientes críticos ou que a equipe de assistência tenha contato direto com feridas, deve existir, além do sabão, a provisão de anti-séptico junto às torneiras de higienização das mãos (ANVISA, 2009).

De acordo com a ANVISA (2009), a utilização do sabão líquido e do produto anti-séptico precisa seguir as seguintes recomendações:

- ✓ Os dispensadores de sabão e anti-séptico devem possuir dispositivos que facilitem seu esvaziamento e preenchimento. No caso dos recipientes de sabão líquido e anti-séptico ou almotolias não serem descartáveis, deve-se proceder à limpeza destes com água e sabão (não utilizar o sabão restante no recipiente) e secagem, seguida de desinfecção com álcool etílico a 70%, no mínimo uma vez por semana ou a critério do Centro de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.
- ✓ Não se deve completar o conteúdo do recipiente antes do término do produto, devido ao risco de contaminação.
- ✓ Para os produtos não utilizados em recipientes descartáveis, devem-se manter os registros dos responsáveis pela execução das atividades e a data de manipulação, envase e de validade da solução fracionada. A validade do sabão, quando mantida na embalagem original, é definida pelo fabricante e deve constar no rótulo.

✓ A validade do produto fora da embalagem do fabricante ou fracionado pode ser menor que aquela definida pelo fabricante, pois o produto já foi manipulado; essa validade deve ser monitorada, por exemplo, pelo uso de testes que apurem o pH, a concentração da solução e a presença de matéria orgânica.

✓ deve-se optar por dispensadores de fácil limpeza e que evitem o contato direto das mãos. Escolher, preferencialmente, os do tipo refil. Neste caso, a limpeza interna pode ser feita no momento da troca do refil.

Com relação ao porta-papel-toalha a ANVISA (2007) explica que deve ser fabricado, preferencialmente, com material que não favoreça a oxidação, sendo também de fácil limpeza. É necessário o estabelecimento de rotinas de limpeza e de reposição do papel. No processo de higienização das mãos, não é indicado o uso de secadores elétricos, uma vez que raramente o tempo necessário para a secagem é obedecido. Além de haver dificuldade no seu acionamento, eles podem ainda carrear microrganismos. O acionamento manual de certos modelos de aparelho também pode permitir a recontaminação das mãos.

Sobre o descarte do lixo, a ANVISA (2009) preconiza que junto aos lavatórios e às pias, deve sempre existir recipiente para o acondicionamento do material utilizado na secagem das mãos. Este recipiente deve ser de fácil limpeza, não sendo necessária a existência de tampa. No caso de se optar por mantê-lo tampado, o recipiente deverá ter tampa articulada com acionamento de abertura sem utilização das mãos.

Além da adequação do ambiente para a realização da higienização das mãos, os profissionais devem ser capacitados e estimulados a realização da técnica de higienização adequada. As técnicas de higienização das mãos são divididas pela ANVISA (2006/2007) e a WHO (2009) em:

- ✓ Higienização simples das mãos;
- ✓ Higienização anti-sépticas das mãos;
- ✓ Fricção de anti-séptico nas mãos;
- ✓ Anti-sepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos, tópico que não será abordado no presente trabalho já que esta técnica não está indicada para administração de medicação.

A técnica de higienização simples tem por finalidade remover os todos os microrganismos, e elementos que colonizam as camadas superficiais da pele, retirando qualquer sujidade propícia à permanência e à proliferação de patógenos. A duração da prática deve se fixar em torno de 40 a 60 segundos (ANVISA, 2009).

Abaixo se apresenta a descrição visual da técnica, retirada do manual de Higienização das Mãos publicado pela ANVISA (2007), lembrando que antes de iniciar qualquer uma das técnicas de higienização das mãos, é necessário retirar jóias, relógios, pulseiras, ou qualquer outro apetrecho, pois tais objetos são capazes de acumular microorganismos.



*Fig. 3 – Primeiro passo*

1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar-se à pia.



*Fig. 4 – Segundo passo*

2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



*Fig. 5 – Terceiro passo*

3. Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



*Fig. 6 – Quarto passo*

4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



*Fig. 7 – Quinto passo*

5. Entrelaça os dedos e friccione os espaços interdigitais.



*Fig. 8 – Sexto passo*

6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os



*Fig. 9 – Sétimo passo*

7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



*Fig. 10 – Oitavo passo*

8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.



*Fig. 11 – Nono passo*

9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.



*Fig. 12 – Décimo passo*

10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



*Fig. 13 – Décimo primeiro passo A*



*Fig. 14 – Décimo primeiro passo B*

11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.

A higienização anti-séptica das mãos conforme a ANVISA (2007); WHO (2009), tem por finalidade promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um anti-séptico. Sua técnica segue as mesmas instruções referidas para higienização simples das mãos, inclusive o tempo de duração, substituindo-se apenas o sabão por um anti-séptico.

Já a Fricção anti-séptica das mãos com preparação alcoólica, é descrita pela ANVISA (2007) e a WHO (2009) com o objetivo de reduzir a carga microbiana das mãos, ressaltando que não há remoção de sujidades. A duração do procedimento deve se fixar em torno de 20 a 30 segundos. Segue abaixo a representação visual da técnica estabelecida conforme a ANVISA (2007).



Fig. 15 – Passos 1,2,3,4



Fig. 16 – Passos 5,6,7,8,9

Outros aspectos considerados pela ANVISA (2009) como importantes para higienização das mãos corresponde ao cuidado com as unhas; estas devem estar limpas e curtas; e a não utilização de adornos quando assistir o paciente, pelo grande risco de acúmulo de microrganismos o que aumenta o risco de transmitir infecções. É muito importante inclusive o cuidado com a pele das mãos, deve-se principalmente utilizar creme hidratante diariamente para evitar o ressecamento (CDC, 2002; ANVISA, 2007; WHO, 2009).

Diante da problemática abordada nessa pesquisa e mediante o estudo bibliográfico efetuado, a higienização das mãos é destaque na garantia de um cuidado seguro. Contudo, para Larson *et al.* (2000), para que programas de promoção da prática e treinamento aconteçam, o planejamento das estratégias e sua implementação deve ser multifacetado e multimodal.

Por fim, para construção de uma prática voltada para segurança do paciente relacionada à higienização das mãos, é necessária uma avaliação da real situação nas instituições, visualizando como está a adesão da higienização das mãos pelos profissionais, qual a estrutura disponível para que essa prática aconteça, e como os gestores administram as atividades relacionadas ao tema, fatores que justificam a realização deste diagnóstico na instituição pesquisada.

### 2.3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Com a publicação dos relatórios sobre segurança do paciente no ambiente hospitalar, “*To Err Is Human*” (2000), e “*Crossing the Quality Chasm*” (2001), um dos aspectos que entraram em discussão pelas instituições prestadoras de assistência à saúde mundiais foi a identificação do paciente como fator relacionado à ocorrência de eventos adversos.

Considerando a questão um problema cuja solução é fundamental para garantir uma assistência à saúde mais segura, resolver tal situação não é uma tarefa simples. A correta identificação do paciente é uma meta importante a ser alcançada, por isso a *Joint Commission Internacional* criou em 2003 nos Estados Unidos, o desafio nacional para segurança do paciente, incluindo a identificação correta do paciente como requisito crucial para concessão de acreditação as instituições (JCI, 2005).

Estudos realizados em 2005 pela JCI sobre o uso de tecnologia para segurança do paciente, verificou que nos Estados Unidos, os erros na identificação dos pacientes, podem ter sido a causa de cerca de 98.000 mortes, sendo que 13% desse número se deve a irregularidades ocorridas em cirurgias e 67% a falhas no processo de transfusão sanguínea (JCI, 2005).

Três anos antes, Chassin e Becker (2002) já haviam descrito no artigo “*The Wrong Patient*” um estudo de caso de uma instituição norte-americana, onde uma senhora de 67 anos foi admitida em um Hospital de Ensino para realizar uma angiografia cerebral e um dia depois foi submetida erroneamente a um procedimento de eletrocardiograma invasivo, fato ocorrido por identificação incorreta da paciente.

Acontecimentos como estes na prestação de cuidado de saúde certamente resultam num fator preocupante. Portanto, na tentativa de construir soluções para garantir a segurança do paciente através de uma identificação adequada e regulamentada, a OMS junto com a JCI

publicou em 2007 as soluções para segurança do paciente, tendo como segunda solução divulgada, a identificação do paciente (WHO, 2007). Com esta publicação, as instituições idealizam transmitir conhecimentos de soluções práticas sobre segurança do paciente e disseminá-las em todo mundo (HARADA, 2009).

As Soluções propostas pela OMS (2007) são ações que previnem ou reduzem os danos ao paciente decorrentes do processo de cuidado à saúde, por meio de uma abordagem específica, construídas segundo Gomes (2008), baseadas em evidência científica, e apresentadas em forma de padrões que descrevem métodos e maneiras de enfrentar os riscos em termos simples.

Relatórios divulgados pela JCI reportam 17 relatos de procedimentos invasivos realizados no paciente errado nos últimos 7 anos (SCHYVE, 2002). De acordo com Vincent e Woloshynowych (2001) a percentagem de internações hospitalares que resultam em algum evento adverso envolvendo erros de identificação foi estimada em 16,6% na Austrália, 10% no Reino Unido e 3,7% nos EUA.

Estima-se que cerca de 850.000 eventos adversos ocorrem em hospitais do Reino Unido a cada ano, muitos envolvendo problemas de identificação dos pacientes (NHS, 2000). Um levantamento realizado pelo Reeves (2009) nas bases de dados do Reino Unido sobre eventos adversos, mostrou que um em cada oito incidentes ocorridos estão relacionados especificamente com problemas de identificação.

São dados alarmantes, já que estas situações podem ocorrer em muitos aspectos da assistência de saúde, incluindo manipulação e administração de hemoderivados e medicamentos; procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e laboratoriais. E a identificação correta do paciente é uma das etapas imprescindíveis para o desempenho adequado destes e outros procedimentos (VINCENT; WOLOSHYNOWYCH, 2001).

Avelar (2009, p. 159) explica que “embora a importância da identificação correta seja amplamente reconhecida e aceita, muitas vezes ela não é realizada”. Mollon e Fields (2009) entendem que o reconhecimento e a realização da identificação dos pacientes só é possível quando os profissionais e instituições prestadoras de serviços de saúde tem implementado uma cultura de segurança.

Os pacientes hospitalizados vivenciam um trânsito muito grande de profissionais prestando diversos tipos de atendimentos, e de acordo com Avelar (2009), estes nem sempre os identificam de forma correta, ficando o paciente em risco de receber cuidados e tratamentos inadequados, o que pode acarretar em sérias consequências.



Machado (2010) complementa dizendo que a gravidade destas consequências podem variar de sequelas leves até mesmo o óbito, e levar a aumento dos custos hospitalares, e complicações jurídicas com relação a instituição.

Por isso, um dos pontos essenciais no cuidado, é garantir que o paciente certo receba o cuidado e o tratamento correto. A WHO (2007) 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, e pode acarretar na troca de recém-nascidos.

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 Avelar (2009) 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 Miquelin, Cassiani e Bueno (1998, p.14) constatou que “o erro de identificação mais freqüente foi a administração de medicamento em paciente errado”.

A Academia Americana de Pediatria (2001) aponta que em média, de 100 pacientes hospitalizados, 7 foram expostos a sérios erros de medicação que causam ou poderiam ter causado danos. Outro estudo realizado pela *American Society of Health-System Pharmacists* (1998) descobriu que os erros de medicação em hospitais americanos afetam 2 a 14% dos pacientes admitidos.

O Centro de Segurança do Paciente Australiano constatou que entre janeiro e novembro de 2006, 277 incidentes envolvendo administração de medicamento no paciente errado foram divulgados (WAKEFIELD, 2007). 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 Carvalho e (2000) 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.

Carvalho e Cassiani (2000) 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.

Refletindo sobre a identificação correta dos pacientes como uma meta importante e que exige atenção e mudança tanto por parte dos profissionais quanto das instituições, é que Shojania *et al.* (2002) descreve a realização de uma prática segura ao paciente sujeita a existência de uma estrutura adequada e a aplicação de processos que reduzam a ocorrência de eventos adversos.

Para alcançar este objetivo, Machado (2010) relata que um sistema eficaz de identificação envolve três funções primordiais: fornecer a identificação do paciente desde o momento de sua admissão, possuir um método visual e automatizado de vincular o paciente a sua documentação médica e terapêutica, e minimizar a possibilidade dos dados de identificação serem transferidos de um paciente a outro.

Entendemos que construir este sistema não é um processo fácil já que estudos têm evidenciado que na prática assistencial os problemas de identificação ainda são muitos, pois muitos profissionais ainda não têm consciência sobre o importante impacto dos incidentes relacionados a falhas na identificação do paciente, para o paciente, família e instituição.

Murphy e Kay (2004) descrevem que as melhorias na prática dependerão de uma abordagem combinada incluindo uma melhor compreensão das causas dos erros, a redução da complexidade de procedimentos de rotina que requerem a identificação do paciente aproveitando novos sistemas que usam a tecnologia para executar a política acordada, bem como a formação da equipe considerando a importância da identificação correta e o acompanhamento regular da prática.

A WHO (2007) explica que independente da tecnologia ou abordagem utilizada para a identificação precisa dos pacientes, um planejamento cuidadoso para os processos de cuidado irá garantir a identificação adequada do paciente antes de qualquer intervenção de saúde, conseqüentemente, a prestação de cuidados mais seguros acarreta em menos erros.

No Brasil, o artigo 2º da Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999 outorga que, são direitos dos pacientes, usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: ser identificado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser tratados por números ou códigos, de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso (SÃO PAULO, 1999).

Para assegurar que o paciente seja identificado corretamente, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes do início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicação e solução (REBRAENSP, 2010). A identificação correta, respeitando as etapas preconizadas para um cuidado seguro, é de responsabilidade de todos os profissionais que prestam assistência de saúde.

Para ser implementada, a política e o processo de identificação deve estar amparado por recursos disponíveis (ASKELAND *et al.*, 2009). É preciso considerar a pulseira de identificação, o prontuário, as etiquetas para solicitação de exames e a participação ativa dos familiares durante a confirmação da identidade (MOLLON; FIELDS, 2009).

Fawkes (2007) descreve a identificação dos pacientes como um processo pelo qual um trabalhador confirma o fato de que um paciente é o mesmo que o descrito na requisição ou prescrição terapêutica. Segundo o autor, ela é realizada normalmente por meio do uso de uma pulseira de identificação, geralmente fixada no punho do paciente. Embora o protocolo de identificação pode variar ligeiramente de uma instituição de saúde para outra, a identificação descrita na pulseira é típica, lista o nome completo do paciente e uma identificação única do hospital, com número como o número de registro.

A JCI (2003) e a WHO (2007) explica que é preciso garantir que a instituição disponha de um número suficiente de pulseiras para sua substituição quando necessário, esta deve ser confeccionada em material resistente, que permaneça fixada no paciente pelo tempo indicado, e que possibilite que todos os profissionais possam registrar informações corretas e legíveis (AVELAR, 2009). As pulseiras podem também conter cores que indicam algum tipo de informação clínica ou de fator de risco, como alergias, riscos para queda e restrição de extremidades, entre outros.

Contudo, Wakefield (2007) aponta que a identificação correta dos pacientes só é eficaz quando os pacientes estão identificados com pulseiras impressas com informações corretas, código de barras, ou foto do paciente. E ressalta que o uso deste tipo de tecnologia, como também de outros métodos, por exemplo, avaliação biométrica e radiofrequência, além de

informatizarem e padronizarem o sistema de identificação do paciente, podem ser utilizados para confirmação das informações na ausência de outro profissional ou do responsável.

As estratégias para correta identificação do paciente desde a sua admissão segundo a WHO (2007) são:

✓ *Política* – Enfatizar que todos os profissionais de saúde são responsáveis pela implementação e pela confirmação da identificação do paciente, que por sua vez, deve ser envolvido ativamente no processo e receber informações sobre a importância da sua correta identificação;

✓ *Admissão* – Na admissão e na prestação de cuidado, usar pelo menos dois identificadores para realizar a identificação segura do paciente;

✓ *Identificadores dos pacientes* - Padronizar as abordagens de identificação do paciente entre as diversas unidades e instituições dentro de um sistema de saúde. Por exemplo, a utilização de faixas brancas de identificação com o registro de informações padronizadas como nome e data de nascimento. Desenvolver um protocolo de organização institucional para a identificação de pacientes sem identificação ou com o mesmo nome. E utilizar outras abordagens não-verbais, como a biometria, para pacientes em coma.

✓ *Intervenção* – Assegurar a correta identificação do paciente, mesmo que o profissional esteja familiarizado com ele, para garantir o direito do paciente de receber o cuidado correto.

✓ *Paciente* – Envolver o paciente e a família no processo de identificação.

Desde 2004 a JCI determina que os hospitais que buscam acreditação, utilizem um protocolo universal de identificação assegurando a prestação do serviço correto, no paciente certo. Esta define que as organizações de cuidado de saúde devem prever um sistema que disponha de estratégias e ações para identificação correta dos pacientes as quais são listadas a seguir.

✓ Enfatizar a responsabilidade primária dos trabalhadores de saúde em identificar corretamente os pacientes e confirmar o cuidado certo no paciente certo, antes da realização do cuidado;

✓ Incentivar o uso de pelo menos dois identificadores (por exemplo, nome e data de nascimento) para verificar a identidade de um paciente na admissão ou transferência para outro hospital ou outra unidade de atendimento e antes da administração de cuidados. Considera-se como dados adequados o nome completo, data de nascimento, nome da mãe, e número de registro da instituição ou do sistema nacional de saúde. Idade, sexo, diagnóstico, número de leito e quarto, são considerados identificadores inadequados;

✓ Padronizar a identificação do paciente na instituição de saúde;

- ✓ Desenvolver protocolos para identificação dos pacientes com identidade desconhecida, formas para distinguir pacientes homônimos, além de abordagens não verbais para pacientes com problemas de comunicação ou inconscientes;
  - ✓ Informar pacientes e familiares sobre a importância de sua correta identificação;
  - ✓ Encorajar o paciente e sua família a participarem de forma ativa em todas as fases do processo de identificação;
  - ✓ Identificar frascos de amostras de exames na presença do paciente, de forma idêntica a sua pulseira de identificação, com etiquetas que permaneçam nos frascos durante todas as fases de análise do material;
  - ✓ Atentar para o preenchimento correto de todas as identificações do paciente nas solicitações de exames;
  - ✓ Confirmar a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica, e no rótulo do medicamento/hemocomponente antes da administração de fármacos e/ou de soluções;
  - ✓ Verificar rotineiramente a integralidade das informações nos locais de identificação do paciente;
  - ✓ Desenvolver estratégias de capacitação para identificar o paciente e para checagem da identificação, de forma contínua, para todos os profissionais de saúde;
  - ✓ Avaliar frequentemente o local de instalação da pulseira para detectar precocemente lesões de pele que podem ser causadas por ela;
  - ✓ Instituir a identificação do leito com as informações semelhantes às contidas na pulseira;
  - ✓ Evitar deixar pacientes com nomes semelhantes no mesmo quarto/enfermaria;
  - ✓ Atentar a padronização de cores apresentadas nas pulseiras de identificação de risco.
- Reeves (2005) ressalta que para os profissionais que tem contato direto com os pacientes e realizam diversos procedimentos é imprescindível:
- ✓ Nunca ser complacentes, erros de identificação do paciente, provavelmente acontecem com uma maior ou menor grau todos os dias dentro de uma instituição;
  - ✓ Levar sempre consigo um tempinho extra para conscientizar a si mesmo que você tem que identificar corretamente o paciente antes de qualquer intervenção;
  - ✓ Não confiar apenas na identificação que o paciente fornece verbalmente. Alguns pacientes podem concordar com absolutamente tudo que você diz para eles!
  - ✓ Tomar muito cuidado com a forma que você preenche as etiquetas, elas são um meio de identificação muito importante.

Para as instituições a Reeves (2005) ainda descreve estratégias que devem ser implementadas pelos profissionais, listadas a seguir:

- ✓ O primeiro e mais importante passo é identificar corretamente o paciente logo que faça contato com o hospital;
- ✓ Assegurar que o nome completo e a data de nascimento do paciente estejam registrados corretamente;
- ✓ Confirmar com o paciente se todas as informações colhidas estão corretas quando você preencher a pulseira de identificação;
- ✓ Verificar regularmente a legibilidade das pulseiras de identificação. Substituir qualquer pulseira com defeito ou informação ilegível
- ✓ Fazer primeiramente uma etiqueta digitalizada contendo todos os dados necessários do paciente para que você possa conferir com ele de estes dados estão corretos;
- ✓ Verificar sempre as informações dos pacientes, mesmo que você já o conheça;
- ✓ Verificar verbal e fisicamente e comparar a identificação verbal ou física com a identificação preenchida em formulários, especialmente se outro membro da equipe de saúde preencheu o formulário anteriormente;
- ✓ Tomar o cuidado com pacientes ambulatoriais. Algumas pessoas admitem ser alguém só para furar a fila;
- ✓ Etiquetar as amostras para exames colhidas do paciente logo após a sua coleta.

A discussão sobre o assunto no Brasil ainda é incipiente para área da pediatria. Poucos estudos foram publicados sobre aspectos pontuais da segurança do paciente antes da administração da medicação com relação a identificação, e ainda não existe uma instituição responsável especificamente pela situação. Com isso, os erros de identificação do paciente pediátrico para a administração de medicação constituem um cenário preocupante, já que na pediatria, as dosagens de medicamentos são específicas para a área.

Entendemos que os pacientes pediátricos se constituem numa população de risco a eventos adversos de todos os tipos, e principalmente relacionados a administração de medicação. Sobretudo, porque necessitam de atendimento especializado, que considere a capacidade de entendimento, desenvolvimento e comunicação correspondente a cada faixa etária, para que a decisão da terapêutica seja ela médica ou de outra área profissional preconize o restabelecimento das funções vitais do paciente dentro de um ambiente que lhe proporcione o máximo de segurança.

### **3.0 METODOLOGIA**

#### **3.1 LOCAL**

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital escola do sul do Brasil, no período de agosto a novembro de 2010. A Unidade foi inaugurada em 09 de julho de 1980 e reformada em 31 de janeiro de 2007, está localizada no segundo andar do prédio que possui 4 andares, e tem capacidade para atender 35 crianças.

Sua estrutura física é conta com: 1 sala de recreação; 1 sala de observação com um quarto para cuidados especiais; 3 quartos para cuidados especiais com 3 leitos; 4 quartos para escolares com 8 leitos; 2 quartos para pré-escolares atendendo uma capacidade de 10 leitos; e 2 quartos para lactentes atendendo 4 leitos. Além disso, possui também rouparia, sala de procedimentos e outros ambientes necessários para seu funcionamento dentro das normas estabelecidas.

#### **3.2 POPULAÇÃO**

A população alvo deste estudo consistiu de 28 profissionais de enfermagem, sendo estes enfermeiros, técnicos, e auxiliares de enfermagem. A amostra participante do estudo foi de 13 profissionais de enfermagem, dentre eles apenas enfermeiros e técnicos de enfermagem participaram do estudo, pois trabalharam na Unidade no período da coleta de dados ocorrida nos meses de agosto e setembro de 2010, e aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de inclusão para tais profissionais foram: estar no exercício de suas funções no período de coleta de dados, e aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **3.3 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo quantitativo exploratório cuja coleta de dados foi implementada por meio da observação. Com este estudo pretendeu-se avaliar se a higienização das mãos (higienização simples e fricção anti-séptica das mãos) realizada antes do preparo e da administração de medicação (endovenosa, intramuscular, subcutânea, via oral) ou fluidos, por

profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela ANVISA (2006, 2007, 2008) e OMS (2009).

Idealizou-se também, avaliar se a identificação do paciente realizada antes do procedimento de administração de medicação e fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela WHO (2007).

### 3.4 MÉTODO DE ANÁLISE

A análise dos dados foi não probabilística, utilizando estatística descritiva contendo frequência absoluta e relativa, médias, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo e os dados foram analisados por meio do sistema SESTATNET® da Universidade Federal de Santa Catarina.

### 3.5 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em cinco etapas distintas:

- 1º etapa: foi a elaboração do projeto de trabalho de conclusão de curso e dos instrumentos de observação quanto a higienização das mãos e a identificação do paciente. O instrumento elaborado para observação da higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicação e fluidos ao paciente foi fundamentado no Guide to Implementation - A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (2009); no Guia para Implementação um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos - ANVISA (2006/2007); e no Segurança do Paciente Higiene das Mãos – ANVISA (2008) (Apêndice B). Já o instrumento utilizado para observação do processo de identificação do paciente para a administração de medicação foi construído fundamentado no Patient Identification – WHO (2007) (Apêndice C).
- 2º etapa: foi a apresentação do projeto na unidade, em diferentes momentos, nos turnos da manhã e tarde, com o intuito de abranger o maior número de funcionários, convidados a participar da pesquisa após verificação se os mesmos se encaixavam nos critérios de inclusão, e assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido. Nesta etapa os instrumentos de higienização das mãos e identificação do paciente foram testados por duas pesquisadoras, por meio da aplicação dos mesmos em dez procedimentos de preparo e administração de



medicação e fluidos ao paciente, no intuito de se verificar as congruências e divergências dos instrumentos. A partir disto, os mesmos foram reelaborados considerando as particularidades encontradas no local da pesquisa e das situações observadas.

- 3º etapa: neste momento se realizou a coleta dos dados por meio da aplicação dos instrumentos no campo. A observação deu-se por meio aleatório, nos turnos da manhã e tarde, no momento em que os funcionários realizaram o procedimento. Durante a realização do mesmo as pesquisadoras acompanhavam os funcionários, com os instrumentos em mãos, observando desde a etapa de preparo do medicamento ou fluidos até sua administração no paciente, fazendo as devidas anotações sem qualquer tipo de interferência no campo.
- 4º etapa: nesta etapa os dados foram tabulados em planilhas distintas utilizando a ferramenta da Microsoft Excel 2003, processados em análise estatística utilizando o sistema Sestatnet®, onde foi realizada a interpretação dos mesmos.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As questões éticas foram contempladas respeitando as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, utilizando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), com total liberdade de adesão, assegurando o direito do profissional pesquisado a suspender sua participação no estudo em qualquer momento da coleta de dados garantindo inclusive a segurança e proteção dos dados em todas as fases do estudo, como também, na publicação do mesmo.

Este termo foi fornecido em duas vias para assinatura, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante, que foi previamente esclarecido quanto a metodologia, os objetivos e as finalidades do estudo em questão. O estudo não trouxe nenhum grau de risco aos participantes, como também nenhum tipo de custo, e como benefício sustentou a possibilidade dos mesmos mostrarem como realizam estes procedimentos para que futuramente recebam, se necessário, orientações adequadas para o aprimoramento de seu conhecimento e ofereçam um cuidado seguro.

A pesquisa passou pela análise do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer de número 853/10, e recebeu a autorização do setor em que foi realizada a pesquisa.

## 4.0 RESULTADOS

Os resultados do presente trabalho foram norteados pelos objetivos gerais que eram:

- Avaliar se a higienização das mãos (higienização simples e fricção anti-séptica das mãos) realizada antes do preparo e da administração de medicação (endovenosa, intramuscular, subcutânea, via oral) ou fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela ANVISA (2006, 2007, 2008) e OMS (2009).
- Avaliar se a identificação do paciente realizada antes do procedimento de administração de medicação e fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica segue as diretrizes estabelecidas pela WHO (2007).

Sendo que para descrição dos resultados foram construídos dois artigos idealizando sua futura publicação.

O artigo que apresentará os resultados obtidos pela observação da higienização das mãos foi construído considerando a possibilidade de envio para publicação no periódico Acta Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Por isso, segue a normatização desta revista (ANEXO 1), e foi elaborado pela aluna Francielle Maciel Silva.

O artigo que traz os resultados obtidos pela observação do processo de identificação do paciente foi construído nos moldes exigidos pela Revista Texto & Contexto de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXO 2), pois pretende-se enviá-lo para publicação neste periódico. Este artigo foi elaborado pela aluna Talita Padilha Porto.

Segue abaixo os artigos construídos que trazem a descrição e a discussão dos resultados encontrados.

### 4.1 ARTIGO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

#### **A importância da lavagem de mãos para a segurança do paciente pediátrico**

*The importance of hand washing for the safety of the pediatric patient*

*La importancia del lavado de manos para la seguridad del paciente pediátrico*

Francielle Maciel Silva<sup>1</sup>, Patrícia Kuerten Rocha<sup>2</sup>

## RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicação e fluidos pelos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Internação Pediátrica num Hospital Escola do Sul do Brasil segue as diretrizes estabelecidas pela Anvisa (2006/2007/2008) e OMS (2009). **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo exploratório observacional realizado entre agosto e novembro de 2010, cuja coleta de dados foi implantada por meio da observação aleatória nos turnos manhã e tarde. **Resultados:** Constatou-se a baixa adesão à prática de higienização das mãos e estrutura inadequada, segundo as diretrizes estabelecidas pela OMS e Anvisa. **Considerações finais:** Há necessidade de se reestruturar o espaço físico e fornecer condições favoráveis para realização das técnicas pelos profissionais. Como também, promover capacitação e educação continuada com a equipe garantindo assim, a utilização da técnica e conseqüentemente a segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos.

**PALAVRAS CHAVE:** Medidas de segurança, assistência prestada ao paciente, lavagem de mãos, infecção hospitalar, enfermagem.

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa GAPEFAM.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa GIATE.

## INTRODUÇÃO

A higienização das mãos é considerada um ato de limpeza e purificação já nas filosofias mais antigas. Porém, somente após a descoberta de que as superfícies corporais continham microorganismos foi que a transmissão de doenças por contato direto tornou-se uma preocupação. Sendo questionada inclusive por algumas instituições e organizações mundiais como sendo uma questão que pode colocar em risco a segurança do paciente.

Embora o objetivo do cuidado seja promover saúde e recuperação o paciente está sujeito a riscos decorrentes da assistência prestada. Por isso, buscando qualidade e segurança na prestação de serviços a Organização Mundial da Saúde criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente por meio do lançamento de programas voltados para alcançar este objetivo<sup>1</sup>. Instituiu-se uma agenda com 12 áreas de atuação sendo a primeira delas os Desafios Globais para Segurança do Paciente, uma das diretrizes priorizadas nesta área é o Cuidado Limpo é Cuidado Seguro, o que inclui a higienização das mãos<sup>2</sup>.

O ônus econômico relacionado à assistência à saúde é variável de país para país, porém este é considerado significativo em todo o mundo. Em Trinidad e Tobago, na América Central, os gastos com infecções representam 5% do orçamento anual de um hospital, na Tailândia, no Sudeste Asiático, o gasto de alguns hospitais chega a 10% de seu orçamento anual para coibir as infecções<sup>3</sup>.

Na Inglaterra 100 mil casos de infecções associadas à ineficácia da higienização das mãos tem uma estimativa de custo para o Sistema Nacional de Saúde de no mínimo 1 bilhão de libras por ano com mais de 5 mil mortes anuais atribuídas a má higienização das mãos<sup>4</sup>.

O impacto é maior entre os pacientes mais vulneráveis, pois todos os dias, 4384 crianças morrem em consequência de infecções relacionada à assistência a saúde em países em desenvolvimento<sup>5</sup>.

Todavia, historicamente há cada vez mais a constatação do valor da higienização das mãos na prevenção das doenças, profissionais de saúde continuam ignorando a importância desta prática tão simples e não compreendendo os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas<sup>6</sup>.

É importante salientar que o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” o que consiste na higienização simples, na higienização anti-séptica, na fricção anti-séptica e na anti-sepsia cirúrgica das mãos<sup>7</sup>.

Nesse sentido temos que realizar esse ato em cinco momentos diferentes: 1) antes de contato com o paciente; 2) antes da realização de procedimento asséptico; 3) após risco de exposição a fluidos corporais; 4) após contato com o paciente e; 5) após contato com as áreas próximas ao paciente.

Estudo multicêntrico realizado durante três anos de observação e através da realização de intervenções para aumentar a adesão à higienização das mãos e uso adequado de luvas comprovou que houve redução significativa na incidência de

bactérias multirresistentes apenas no hospital com concomitante elevação da adesão à higienização das mãos (de 23 para 46%)<sup>8</sup>.

Demonstra-se que a adesão a práticas seguras como a higienização das mãos simples e a fricção anti-séptica diminui os riscos aos pacientes, principalmente na pediatria, pois crianças apresentam o sistema imunológico ainda em desenvolvimento, sendo assim mais suscetíveis as infecções. Todavia, há poucos estudos relacionados a essa área.

Este estudo teve como objetivo avaliar se a higienização das mãos realizada antes do preparo e da administração de medicação (intravenosa, intramuscular, subcutânea, via oral) ou fluidos, pelos profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário segue as diretrizes estabelecidas pela Anvisa (2006/2007/2008) e OMS (2009).

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório cuja coleta de dados foi implantada por meio da observação realizado entre agosto e novembro de 2010 com a participação de 13 funcionários da equipe de enfermagem, sendo estes técnicos e enfermeiros da Unidade de Pediatria de um Hospital Universitário de Santa Catarina. Os critérios de inclusão dos participantes foram: estar no exercício de suas funções no período da coleta de dados e aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme parecer 853/10 no ano de 2010. Na primeira etapa foi feito um pré-teste do instrumento de observação. Na segunda etapa realizou-se a coleta de dados por meio aleatório nos turnos manhã e tarde. Na terceira etapa ocorreu a tabulação dos dados e análise.

Para a tanto, elaborou-se um instrumento de observação fundamentado no *Guide to Implementation - A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy* (2009); e no Guia para Implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos - ANVISA (2006, 2007, 2008).

Para a compreensão dos dados obtidos, utilizou-se uma tabela construída no programa Microsoft Office Excel. A análise e processamento dos dados foram não probabilísticos, por meio do sistema SESTATNET da Universidade Federal de Santa Catarina, utilizando estatística descritiva contendo frequência absoluta e relativa, médias, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo e percentual para o estabelecimento da significação estatística.

## RESULTADOS

Foram realizadas 209 observações. Em 66 (31,58%) delas os profissionais realizaram a higienização simples das mãos. Do total de observações realizadas, em 13 (6,22%) os profissionais realizaram ambas as técnicas. E em apenas 8 (3,83%) observações utilizou-se a fricção anti-séptica, anteriormente a administração de medicamentos. A fricção anti-séptica das mãos ocorreu em um total de 21 (10,05%) casos e 188 (89,95%) das observações não foi utilizado solução alcoólica anteriormente ao contato com o paciente.

Sendo que, os resultados demonstraram que a maioria dos registros foram obtidos no período vespertino, pois o horário de maior disponibilidade de tempo para a pesquisadora foi esse período o que representou 133 (63,64%) observações e 76 (36,36%) no período matutino. Das higienizações de mãos observadas 207 (99,04%) foram realizadas por técnicos de enfermagem e apenas duas (0,96%) foram feitas pelo profissional enfermeiro. Foram efetuadas 173 (82,78%) vezes por profissionais do sexo feminino enquanto 36 (17,22%) foram por profissionais do sexo masculino.

Os resultados encontrados evidenciaram que quanto à infra-estrutura a unidade possui água potável e limpa, sendo todas as torneiras manuais. Há um total de 16 pias em toda a unidade, estão dispostas da seguinte forma: 3 pias instaladas nos banheiros dos quartos de escolares (tendo 4 quartos destes); uma na sala de observações e outra no banheiro dos acompanhantes dos pacientes. Uma na sala de lanche dos funcionários; outra na sala de procedimentos; duas na sala de medicação; uma na sala de nutrição; uma pia em cada quarto de lactente; uma pia na ante-sala do quarto de pré escolares, esta pia atende 10 leitos (5 em cada quarto) além destes, também atende os acompanhantes destes 10 pacientes. Há também uma pia na ante-sala do quarto dos cuidados especiais; uma pia na brinquedoteca; uma no expurgo e uma na sala de observações.

Em relação ao posicionamento dos dispensadores de álcool gel, há um na sala de observações, outro na ante-sala do quarto chamado de cuidados especiais, outro em um dos quartos de pré escolares e outro no corredor central, este dá acesso a esses 2 quartos (de pré escolares) e está situado na porta. Existem 4 quartos de escolares com um dispensador cada. Há um no balcão central em frente ao banheiro dos funcionários e a sala de procedimentos, outro em um dos quartos dos lactentes e um na ante-sala que dá acesso aos 2 quartos de lactentes e por último um na brinquedoteca. Pode-se registrar um total de 12 dispensadores de álcool gel em toda a unidade.

Foi identificado que não há cartazes de promoção e higienização simples ou fricção anti-séptica das mãos expostos na unidade. Os funcionários observados não receberam instrução específica sobre higienização das mãos nos últimos dois anos, exceto uma funcionária que faz um curso de nível superior em enfermagem, que por meio deste teve a oportunidade de ter recebido há um mês uma capacitação dentro dos parâmetros do referido curso, sendo que as autoras não foram informadas acerca de que maneira o assunto foi abordado. Além disso, não foram constatadas auditorias sobre a adesão dos profissionais à higienização das mãos.

Quanto à lixeira da sala de preparo de medicação separação de materiais (papel, plástico, vidro e lixo contaminado) é realizada, porém está com a padronização totalmente irregular, pois não há cores correspondentes aos lixos descartados. Além disso, as tampas são de madeira e necessitam do uso das mãos para serem manipuladas. Ao contrário das lixeiras dispostas nos quartos dos pacientes que são todas com pedais.

Na tabela 1 foram identificados os 13 participantes do estudo sendo que 12 (92,31%) eram técnicos de enfermagem e uma (7,69%) enfermeira, a média de idade foi de 39,9 anos com desvio padrão (DP) de 9,1 anos. O sexo predominante é o feminino com o total de 12 (92,31%) mulheres, enquanto apenas um (7,69%) participante é do sexo masculino. O tempo de formação foi em média 16,3 anos e o tempo de trabalho 14,43 anos. A maioria não possui formação adicional, sendo que três possuem curso técnico, dois nível superior incompleto, um com nível superior completo e outros dois com curso de especialização. Foram observados 7 (53,85%) funcionários do período matutino e 6 (46,15%) no período vespertino. Os dados adicionais são apresentados na tabela abaixo:

**Tabela 1** - Características dos funcionários da Unidade Pediátrica, Florianópolis, 2010

<b>Características</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>
Idade	39.9	9.1	27.0
Tempo de formação	16.3	9.4	6.0
Tempo de trabalho	14.4	6.8	6.0

Na tabela 2 os resultados evidenciam que antes do preparo da medicação houve a realização da higienização de mãos em 31,10% dos casos, antes da administração de medicamentos em 5,74% e em 1,44% das observações ocorreu a higienização das mãos nos dois momentos (antes do preparo e da administração dos medicamentos).

Nas demais administrações de medicamentos 61,72% ocorreram sem higienização prévia das mãos.

**Tabela 2** - Realização da higienização das mãos antes do preparo e da administração de medicação na Unidade de Pediatria, Florianópolis, 2010

Higienização das mãos	n	%
Apenas antes do preparo	65	31.10
Apenas antes da administração	12	5.74
Nos dois momentos	3	1.44
Não realizaram em nenhum momento	129	61.72
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Em relação à tabela 3 verificamos que foram realizadas 90 administrações de medicação por via IV. Antes do preparo destas, a higienização das mãos ocorreu em apenas 38 (42.22%) dos casos, seja por meio de higienização simples (com água e sabão) ou através da fricção anti-séptica (uso de solução alcoólica), assim, há uma preocupação dos funcionários em relação à via IV, pois muitos realizaram a higienização das mãos, sendo esta a via mais invasiva. Entretanto, em 52 das medicações IV (57.77%) não foi utilizado método algum para manter as mãos livres de fonte de contaminação antes do preparo.



Com relação à higienização antes da administração pela via IV, foi observada a sua ocorrência em apenas 11 casos (12.22%), evidenciando a baixa realização desse ato. Enquanto que em 79 (87.77%) das ocorrências não existiu qualquer higiene prévia ao contato com o paciente.

**Tabela 3 - Lavagem de mãos segundo via de administração, Florianópolis, 2010**

Higienização das mãos	Via de administração de medicação											
	IM		IV		VO		SC		Fluido*		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Antes do preparo</b>												
Sim	0	0	38	18.18	19	9.09	1	0.47	10	4.78	68	32.54
Não	1	0.48	52	24.88	65	31.10	1	0.48	22	10.53	141	67.46
<b>Antes da administração</b>												
Sim	0	0	11	5.26	4	1.91	0	0	0	0	15	7.18
Não	1	0.48	79	37.80	80	38.28	2	0.96	32	15.31	194	92.82

\* Fluidoterapia

Na tabela 4 é possível visualizar como é realizada a higienização das mãos pelos profissionais da unidade em questão. Nota-se que a maioria esfrega as palmas das mãos entre si 78 (98,73%) apenas um (1,27%) funcionário não faz dessa maneira. Constatou-se que 70 (88,61%) não esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma de mão oposta não segurando os dedos com movimento de vai-e-vem e vice-versa, e 9 (11,39%) utilizam esse movimento. Quanto a entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais 70 (88,61%) realizam e 9 (11,39%) não realiza esse movimento.

**Tabela 4 - Técnica de higienização das mãos, Florianópolis, 2010**

<b>Técnica de higienização simples das mãos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Esfrega as palmas das mãos friccionando-as entre si		
<b>Sim</b>	78	98.73%
<b>Não</b>	1	1,27%
Esfrega a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa		
<b>Sim</b>	10	12.66%
<b>Não</b>	69	87.34%
Entrelaça os dedos e fricciona os espaços interdigitais		
<b>Sim</b>	70	88.61%
<b>Não</b>	9	11.39%
Esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa		
<b>Sim</b>	9	11.39%
<b>Não</b>	70	88.61%
Entrega o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimentos circular e vice-versa		
<b>Sim</b>	56	70.89%
<b>Não</b>	23	29.11%
Fricciona as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fazendo movimento circular e vice-versa		
<b>Sim</b>	3	3.80%
<b>Não</b>	76	96.20%
Fricciona os punhos com movimentos circulares		
<b>Sim</b>	18	22.78%
<b>Não</b>	61	77.22%
Realiza o enxágüe satisfatório das mãos com água		
<b>Sim</b>	78	98.73%
<b>Não</b>	1	1,27%
Seca as mãos com papel-toalha descartável		
<b>Sim</b>	79	100.00%
<b>Não</b>	0	0%
No caso de torneiras manuais, sempre utiliza papel toalha para fechamento		
<b>Sim</b>	65	82.28%
<b>Não</b>	14	17.72%

## DISCUSSAO

A Organização Mundial da Saúde OMS em 2007 constatou que entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções, e a

higienização das mãos é a medida primária para a redução dessa taxa quando relacionada à assistência de saúde<sup>9</sup>. Em nossa pesquisa, um dos resultados mais preocupantes foi em relação ao total de observações realizadas, sendo que das 209 observações, em 129 destas não se utilizou algum tipo de medida de higiene anteriormente ao contato com o paciente. Desta forma, as crianças internadas nessa unidade, em consequência da baixa adesão à técnica de higienização das mãos, estão propensas a adquirir infecções associadas ao cuidado.

No estudo em questão, também pudemos constatar que a técnica de higienização simples das mãos foi mais utilizada que a fricção anti-séptica. Entretanto, em setembro de 2009, quando o professor Dr. Didier Pittet veio ao Brasil na 1 ENAVISS, como representante da Organização Mundial da Saúde, relatou que no hospital que trabalha Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) em Genebra, Suíça, que 99,5% das higienizações são realizadas com álcool<sup>10</sup>. Dessa forma, podemos constatar que na Suíça a prática de higienizar as mãos com solução alcoólica é mais utilizada que no Brasil.

Assim, é importante ressaltar que a assepsia das mãos deve ser realizada em vários momentos, independentemente se com o uso de sabão e água ou solução alcoólica.

Algumas diretrizes mundiais demonstram as vantagens da utilização do álcool, tais como: economia no tempo de realização da prática, não agressividade da pele do profissional, pois a solução alcoólica não retira a flora residente (que é a flora microbiana da pele)<sup>7,11</sup>. Além disso, o profissional pode prestar um cuidado mais seguro, evitando contaminação de microorganismos por meio das mãos.

Os resultados evidenciam que algumas das diretrizes da Anvisa não foram atendidas, assim, há uma falta de adequação aos parâmetros, quanto à higienização das mãos e ao ambiente estudado. Primeiramente constatou-se uma baixa adesão a essa prática o que é extremamente comprometedor, pois a contaminação das mãos da equipe de saúde pode acontecer durante o contato direto com o paciente ou por meio de contato indireto, com produtos e equipamentos no seu entorno, como bombas de infusão, cabeceiras de leitos, barras protetoras, estetoscópios etc.<sup>12,13</sup>.

A Anvisa ainda elucida a questão apontando que os lavatórios ou pias devem possuir torneiras que dispensem o uso das mãos para o fechamento da água<sup>14</sup>. Como podemos constatar nos resultados aqui expostos todas as torneiras utilizadas

na unidade são manuais, evidenciando assim, que esta norma não está sendo cumprida.

A proporção definida pela Resolução RDC n.º 50 de 2002 consiste em um lavatório externo que pode servir a no máximo 4 quartos ou duas enfermarias. Além disso, cada quarto ou enfermaria deve possuir um banheiro exclusivo, além de um lavatório/pia para uso da equipe de assistência em uma área anterior a entrada do quarto/enfermaria ou mesmo no interior desses, fora do banheiro. No ambiente estudado, constatou-se a existência de 4 quartos nos quais haviam pias apenas nos banheiros de uso dos pacientes, impossibilitando assim, que os profissionais da equipe de enfermagem realizassem a higienização simples das mãos com água e sabonete conforme preconiza a RDC n.º 50 em uma pia própria para tal e não a pia do banheiro do quarto dos pacientes<sup>14</sup>.

Outro aspecto é que se torna imprescindível que junto aos lavatórios e às pias exista recipiente para o recolhimento do material usado na secagem das mãos. É necessário que tal recipiente seja de limpeza fácil não necessitando que tenha tampa. Caso a opção seja por conservá-lo tampado o mesmo terá que possuir tampa articulada com sistema de abertura sem o uso das mãos. No entanto, a lixeira utilizada para descarte desses materiais na unidade pesquisada contém tampas que necessitam do uso das mãos para o manuseio, sendo que, de acordo com as normas da RDC n.º 306 as mesmas deveriam ter um dispositivo de acionamento independente das mãos<sup>15</sup>.

Apesar de muitas pesquisas demonstrarem que as mãos exercem considerável relação com a transmissão das infecções hospitalares e as conseqüências dos procedimentos de higienização na redução das taxas de infecção, muitos profissionais e administradores hospitalares continuam agindo de forma passiva diante dessa dificuldade, entretanto outros poucos criam formas originais e inovadoras para chamar a atenção dos profissionais em campanhas educativas de higienização das mãos<sup>16,17,18</sup>.

Nesse sentido a falta de adesão à higienização das mãos e as condições não adequadas ao ambiente estudado interferem diretamente na segurança do paciente pediátrico podendo ocasionar infecções e eventos adversos à saúde dessas crianças.

Tendo em vista tudo o que foi exposto acima, essa pesquisa é instigante no sentido de apontar a necessidade de execução de trabalhos posteriores dentro do mesmo tema.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Acreditamos ter identificado fatores relevantes para a redução das contaminações por meio da higienização das mãos. Esses fatores consistem em dar condições mais adequadas aos funcionários que prestam o cuidado diário ao paciente, de modo a alterar significativamente o quadro encontrado naquela realidade; fornecer capacitação e qualificar os profissionais para realizar a higienização apropriada das mãos.

O conhecimento da existência de riscos é extremamente necessário, no sentido de que os profissionais irão sentir-se mais responsáveis diante da assistência segura que precisam prestar, passando a reconhecer-se como principal agente do cuidado.

Assim, existe a necessidade da implantação de uma estrutura de trabalho mais adequada aos profissionais atuantes não somente nesse caso em estudo, mas em muitas outras unidades que passam por situações semelhantes. Fornecer locais equipados com pias e dispensadores de álcool gel ao alcance facilita ainda mais a adesão dos profissionais a preocuparem-se com a segurança do paciente e conseqüentemente com a própria segurança.

Outra questão fundamental é a educação permanente e capacitação desses profissionais, prepará-los com cursos que expliquem a importância dessa causa: como realizar a higienização das mãos, o que acarreta a não realização desses procedimentos, entre outros temas que os incentivem a prestar um cuidado mais seguro ao paciente. Assim, evitando altos índices de infecção e contaminação, garantindo uma assistência de qualidade ao paciente pediátrico.

Como autora, considerando a pesquisa realizada, o trabalho de análise dos dados, as conclusões a que chegamos e o *feedback* que tivemos, nos resta ainda dizer que se faz necessário o fornecimento de estruturas e subsídios para os profissionais da área da saúde. Isso possibilitaria uma maior adesão por parte desses profissionais.

## REFERENCIAS:

1. GOMES, Adélia Quadros Farias. Iniciativas Globais para Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: PROQUALIS, 2010.
2. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. 64 p. Disponível em:  
<[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>. Acesso em 08 junho 2010.
3. Resumo das Diretrizes da OMS sobre Higienização das Mãos na Assistência à Saúde (versão preliminar avançada)
4. Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections – Aide Memoire, WHO 2007.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes sobre higienização das mãos na assistência à saúde: resumo. [S.l.: s.n.], [ca. 2005].
6. MENDONÇA, Adriana de Paula et al Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá-PR, v. 25, n. 2, p. 147-153, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=393872&indexSearch=ID> acesso em: 06 de maio de 2010
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, v.51, n.RR-16, p.1-45, 2002.
8. TRICK, W.E., et al. Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. Infect Control Hosp Epidemiol, v.28, n.1, p.42-49, 2007.
9. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2006-2007. 64 p. Disponível em:  
[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf) acesso em 08 junho 2010.
10. Pittet D. Segurança do Paciente – Aliança Mundial da OMS. Anais do 1. Encontro Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
11. World Health Organization. The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft) – Global Patient Safety Challenge 2005-2006: “Clean care is safer care”. Geneva: WHO Press, 2006. Disponível on-line:  
<http://www.who.int/patientsafety/information> acesso em 11 de novembro de 2010.
12. CHAKRABARTI, A. et al. Outbreak of *Pcihia anomala* infection in the pediatric service of a tertiary-care Center in Notthern India. J Clin Microbiol., v.39, n.5, p.1702-6, 2001.
13. LEVIN, A.S. et al. Candida parapsilosis fungemia associated with implantable and semi-implanted central venous catheters and the hands of healthcare workers. Diagn Microbiol Infect Dis., v.30, n. 4, p.243-9, 1998.
14. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2007. 52p.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, dez. 2004.
16. PITTET D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp. Epidemiol* 2000; 21: 381-6.
17. PITTET D, et al. Effectiveness of a hospital wide program to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000; 356: 1307-12.
18. VOSS A, WIDMER AF. No time for handwashing? Handwashing versus alcoholcrub: can we afford 100% compliance? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 2058.

#### 4.2 ARTIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

### A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO POR MEIO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

PEDIATRIC PATIENT SAFETY THROUGH THE PATIENT IDENTIFICATION BEFORE THE MEDICATION ADMINISTRATION

SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO MEDIANTE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Talita Padilha Porto<sup>1</sup>

Patrícia Kuerten Rocha<sup>2</sup>

**RESUMO: Objetivo:** Avaliar se a identificação do paciente, no paciente, e no leito realizada antes do procedimento de administração de medicação e fluidos, por profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Escola do Sul do Brasil segue as diretrizes estabelecidas pela *World Health Organization* de 2007

**Metodologia:** Estudo com abordagem quantitativa do tipo observacional, implementado por meio da observação, realizado entre agosto e novembro de 2010 com 13 profissionais de enfermagem. **Resultados:** foram realizadas 223 observações e em apenas 142 vezes os pacientes foram identificados de alguma forma para administração de medicação, nenhum profissional observado recebeu instrução específica para administração de medicação nos

últimos 2 anos. 192 leitos possuíam identificação no leito, sendo que os dados descritos nos registros nem sempre continham informações consideradas essenciais. **Conclusão:** os resultados evidenciaram a necessidade de se estabelecer um sistema de identificação do paciente, no intuito de assegurar a segurança do paciente.

**Descritores: Segurança, Identificação, Medicação, Pediatria, Enfermagem.**

<sup>1</sup> *Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa GAPEFAM-UFSC, Brasil.*

<sup>2</sup> *Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa GIATE.*

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma questão que vem sendo discutida mundialmente. Buscar a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável é uma questão reconhecida como componente extremamente importante na obtenção do certificado de qualidade<sup>1</sup>.

A segurança do paciente pediátrico, por sua vez precisa ser mais discutida pois estes se constituem em uma população de alto risco, com características físicas e morfológicas específicas diferenciadas dos adultos, e com desenvolvimento cognitivo, emocional e social complexo, que podem aumentar as chances de sofrerem algum dano, especialmente os relacionados a medicação.

Sob a perspectiva de que o paciente sob cuidados está sujeito ao risco de sofrer danos relacionados ao cuidado prestado, a Organização Mundial da Saúde criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente com a missão de coordenar, disseminar e acelerar melhorias para segurança do paciente em termos mundiais<sup>2,3</sup>.

Para isso, definiu um programa com 12 áreas de trabalho contemplando a questão da segurança do paciente como tema central de suas ações. Um dos aspectos considerado importante pela Aliança diz respeito a correta identificação do paciente. O assunto foi objeto de trabalho em uma das nove soluções construídas pela Aliança e aprovadas em 2007 com o objetivo de transmitir conhecimentos e soluções práticas sobre segurança do paciente disseminando-as em todo mundo<sup>4</sup>.

Anos antes, a identificação do paciente já era considerada um fator relacionado à ocorrência de eventos adversos. Estudo publicado pela Instituição em 2005 sobre o uso de



tecnologia para segurança do paciente, verificou que nos Estados Unidos, os erros na identificação podem ter sido a causa de cerca de 98.000 mortes<sup>5</sup>.

Estudo realizado no Brasil, constatou que o erro de identificação mais freqüente foi a administração de medicamento em paciente errado<sup>6</sup>.

No que se refere à administração de medicamentos, de soluções e de hemocomponentes, a ausência de identificação do paciente é descrita como um grave problema<sup>7</sup>. Relatório divulgado pelo Comitê Nacional de Transfusão Sanguínea do Reino Unido em 2009, identificou que cerca de 70% dos incidentes relacionados à transfusão de sangue ocorreram devido a erros de identificação<sup>8</sup>.

Em outro estudo que buscou verificar as mortes causadas por erros de medicação notificados à *Food and Drug Administration* entre 1993-1998, o problema de administração do medicamento a um paciente indevido aparece como a segunda maior causa. Dos 583 casos verificados, 469 óbitos aconteceram por erro de medicação, e estão associados a falhas de comunicação, confusão de nomes, falhas de identificação do medicamento, de identificação do paciente e da embalagem inadequada<sup>9</sup>.

Entre novembro de 2003 e julho de 2005 a Agência Nacional de Segurança do Pacientes do Reino Unido relatou 236 incidentes relacionados a pulseiras de identificação com informações incorretas dos pacientes ou a perda das mesmas<sup>8</sup>.

Entendemos que para evitar o erro é preciso reorganizar os sistemas de atendimento reconhecendo que o problema de identificação do paciente como uma possibilidade real a todos, e que nenhuma instituição está imune<sup>10</sup>. Já que estudos apontam que em média, de 100 pacientes hospitalizados, 7 foram expostos a sérios erros de medicação que causam ou poderiam ter causado danos<sup>11</sup>.

Entendemos que, as conseqüências para o paciente pediátrico relacionadas a problemas de identificação podem variar não só de erros de administração de medicação, mas também, da realização de procedimentos em pacientes errados e/ou locais errados e troca de recém-nascidos entregues a famílias erradas<sup>12</sup>.

Para tanto, as ocorrências adversas envolvendo medicações podem ser entendidas como um problema importante para as instituições, profissionais, pacientes e familiares, pois pode acarretar em aumentos no custo do tratamento, no tempo de permanência no hospital, e em sérias conseqüências para a saúde dos pacientes.

Um sistema eficaz de identificação envolve três funções primordiais: fornecer a identificação do paciente desde o momento de sua admissão, possuir um método visual e

automatizado de vincular o paciente a sua documentação médica e terapêutica, e minimizar a possibilidade dos dados de identificação serem transferidos de um paciente a outro <sup>13</sup>.

Independente da tecnologia ou abordagem utilizada para a identificação precisa dos pacientes, um planejamento cuidadoso para os processos de cuidado irá garantir a identificação adequada do paciente antes de qualquer intervenção de saúde <sup>3</sup>.

Deve se considerar a pulseira de identificação, o prontuário, as etiquetas para solicitação de exames e a participação ativa dos familiares durante a confirmação da identidade <sup>14</sup>. Para assegurar que todos sejam identificados de forma correta, os profissionais e instituições precisam utilizar de estratégias eficazes para que isso aconteça.

A discussão sobre o assunto no Brasil ainda é incipiente para área da pediatria. Poucos estudos foram publicados sobre aspectos pontuais de como o funcionário identifica o paciente antes da administração de medicação. Com isso, os erros de identificação do paciente pediátrico para a administração de medicação constituem um cenário preocupante. Já que na pediatria, as dosagens e técnicas de administração são específicas para a área.

Para tanto, o objetivo deste estudo se concentra em verificar se as diretrizes propostas pela *World Health Organization* em 2007 quanto a identificação do paciente, no paciente, e no leito, são realizadas antes da administração de medicação e fluidos pelos profissionais de enfermagem atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário de Santa Catarina.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório observacional cuja coleta de dados foi implementada por meio da observação, realizado com 13 profissionais de enfermagem sendo estes enfermeiros e técnicos, atuantes em uma unidade de internação pediátrica de um hospital escola do sul do Brasil, no período de agosto a novembro de 2010, e que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de inclusão para tais profissionais foram: estar no exercício de suas funções no período de coleta de dados, e aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição conforme parecer 853/10. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento de observação fundamentado no *Patient Identification – WHO* (2007). Foi realizado o pré-teste do instrumento por meio da aplicação dos mesmos em dez

procedimentos de preparo e administração de medicação e fluidos ao paciente, no intuito de se verificar as congruências e divergências deste. A partir disto, o mesmo foi reelaborados considerando as particularidades encontradas no local da pesquisa e das situações observadas.

A aplicação do instrumento foi por meio de observação aleatória, nos turnos da manhã e tarde, no momento em que os funcionários realizavam o procedimento de administração de medicação.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha utilizando a ferramenta Microsoft Excel de 2003, e analisados de forma não probabilística, por meio do sistema SESTATNET® da Universidade Federal de Santa Catarina, utilizando estatística descritiva contendo frequência absoluta e relativa, médias, desvio padrão.

## **RESULTADOS**

Foram observados 223 procedimentos de administração de medicação. Para realização destes, em 142 (63,67%) vezes os pacientes foram identificados de alguma forma, e em 81 (36,32%) vezes não se efetuou nenhum tipo de identificação.

Os procedimentos observados foram realizados por 13 profissionais de enfermagem, sendo 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, destes 12 eram técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro. Do número total de procedimentos observados 220 (98,7%) foram executados por técnicos de enfermagem e 3 (1,3%) por um enfermeiro.

A quantidade máxima de observações realizadas com um mesmo profissional chegou ao número de 28 (12, 56%) vezes. O menor número de vezes que um profissional foi observado realizando a identificação de diferentes pacientes para administração de medicação correspondeu ao número de 3 observações (1,35%).

A idade média dos profissionais observados foi de 39,9 anos com desvio padrão de 9,1 anos. Dos profissionais observados o que tinha menor tempo de formação foi de 6 meses, e o que tinha maior tempo de formação foi de 39 anos, a média de tempo de formação foi de 16,3 anos com desvio padrão de 9,4 anos. Destes, 5 (38,46%) funcionários não possuíam nenhum tipo de formação adicional, 3 (23,08%) possuíam curso técnico, 1 (7,69%) estava cursando graduação em enfermagem; 2 (15,38%) funcionários tinham graduação em enfermagem e especialização na área da saúde. O tempo de trabalho pode ser verificado na tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** - Características dos funcionários da Unidade de Internação Pediátrica, Florianópolis, 2010.

<b>Características</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade	39.9	9.1	27.0	57
Tempo de formação	16.3	9.4	6.0	39
Tempo de trabalho	14.4	6.8	6.0	31

Os resultados encontrados demonstraram que das 223 observações efetuadas, 114 (51,12%) foram realizadas no turno da manhã, e 109 (48,88%) no turno da tarde. Pudemos observar que das administrações de medicamentos observadas no turno matutino, em 79 (35,43%) procedimentos os pacientes foram identificados para administração de medicação, e 35 (15,8%) pacientes não foram identificados.

No turno vespertino foram realizadas 109 observações, destas, 63 (28,2%) pacientes foram identificados de alguma forma para administração de medicação; e 46(20,62%) pacientes não foram identificados. Com isso pudemos verificar que o percentual de procedimentos realizados onde o paciente não foi identificado é maior no período da tarde, uma vez que, muitos profissionais, trabalham em turnos de 12 horas e permanecem cuidando dos mesmos pacientes durante todo o período.

O tipo de informação investigada em cada identificação do paciente executada pode ser visualizada na tabela 2 onde os dados foram distribuídos e analisados inclusive considerando o turno. Nenhum dos participantes da pesquisa recebeu instrução específica quanto a identificação do paciente nos últimos dois anos, e podemos constatar que os pacientes foram identificados antes da administração de medicação de diferentes formas.

Considerando o nome da criança como uma informação importante na hora da identificação do paciente, pudemos verificar que nos 223 procedimentos observados, em 54 (24,22%) deles o paciente foi identificado perguntando o primeiro nome do paciente ao acompanhante, em 36 (16,14%) procedimentos a identificação se deu perguntando o primeiro nome ao paciente, e em 22 (9,87%) observações realizadas a identificação ocorreu perguntando o nome completo da criança ao acompanhante.

Encontramos que para realização de 15 (6,73%) administrações de medicamentos os pacientes foram identificados chamando a criança pelo apelido, em 11 (4,93%) procedimentos os pacientes foram identificados conferindo somente o registro no leito. Apenas 6 (2,69%) pacientes foram identificados pelo nome completo, sendo que esta informação era questionada ao próprio paciente; e 4 (1,79%) pacientes foram identificados perguntando a

criança o nome de um dos pais incompleto, ou seja, perguntando apenas o primeiro ou segundo nome.

Verificamos que dos 81 procedimentos efetuados onde o paciente não foi identificado, 50 (22,42%) destas observações não aconteceram pois o profissional informou já conhecer previamente o paciente.

**Tabela 2** - Tipo de informação investigada na identificação do paciente para administração de medicação.

Informação	Turno				Total n°/%	
	Manhã		Tarde			
	n°	%	n°	%		
Pergunta o primeiro nome da criança ao acompanhante	31	13,90%	23	10,31%	54	24,22%
Já conhece previamente	24	10,76%	26	11,66%	50	22,42%
Pergunta o primeiro nome a criança	19	8,52%	17	7,62%	36	16,14%
Pergunta o nome completo da criança ao acompanhante	11	4,94%	11	4,94%	22	9,87%
Chama pelo apelido	10	4,48%	5	2,24%	15	6,73%
Confere registro no leito	5	2,24%	6	2,69%	11	4,93%
Pergunta a criança o nome de um dos pais abreviado	3	1,35%	1	0,45%	4	1,79%
Não identifica de nenhuma forma	11	4,93%	20	8,97%	31	13,90%
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>51,12%</b>	<b>109</b>	<b>48,88%</b>	<b>223</b>	<b>100%</b>

Outra questão verificada por meio do presente estudo foi a identificação do paciente no leito. Nas 223 observações de procedimentos de administração de medicamentos, em 192 (81,10%) observações os leitos estavam identificados, e 31 (13,90%) observações os leitos não possuíam identificação. O tipo de identificação encontrada foi por placa escrita manualmente, fixada na grade posterior da cama, todas (100%) contendo letra legível.

Conforme tabela 3, verificamos 8 tipos de informação contidas nos registros dos leitos. Foram observadas múltiplas combinações destas informações não havendo uma padronização destes, sendo avaliadas individualmente totalizando 775 formas registros. Destes, 186 placas (24%) continham o nome completo do paciente, 175 (22,6%) estavam com a data de admissão registrada, e 143 (18,45%) estavam com a idade. O número de registro do paciente estava descrito nas placas em 142 observações realizadas.

**Tabela 3:** Informações contidas nos registros fixados nos leitos dos pacientes que receberam as medicações administradas pelos profissionais observados.

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Nome Completo	186	24%
Data de Admissão	175	22,6%
Idade	143	18,45%
Nº Registro	142	18,33%
Diagnóstico	122	15,74%
Dt. Nascimento	3	0,4%
Primeiro Nome	3	0,4%
Nome Abrev. 1 dos pais	1	0,12%
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>100%</b>

Identificamos que nenhum dos pacientes que receberam as medicações administradas pelos profissionais observados possuíam identificação fixada à ele. Não encontramos pulseiras, etiquetas, ou outro material que funcionasse como forma de identificação do paciente no paciente.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados evidenciaram a pouca valorização da importância da identificação do paciente, no paciente e no leito, por parte dos profissionais e da instituição. Há a necessidade de assegurar que todos os pacientes tenham sua identificação adequada em todos os momentos da internação. E, quando, pensamos na identificação do paciente para administração de medicação, uma prática que privilegie a identificação correta do paciente, deve ser incentivada.

Na unidade hospitalar pesquisada, os profissionais não receberam nenhuma instrução sobre como deve ser realizada a identificação do paciente durante a prestação de assistência. Por falta de uma política de educação que vise a segurança do paciente na administração da medicação e fluidos, os profissionais acabam identificando os pacientes de forma empírica. Além disso, há necessidade da instituição investir em tecnologias favoráveis para identificação dos pacientes, tais como pulseiras, etiquetas digitalizadas, rótulos e códigos de barra, fazendo assim, com que os profissionais utilizem recursos adequados para realização desta prática.

Independente da tecnologia ou abordagem utilizada para a identificação dos pacientes, é preciso construir um planejamento para os processos de cuidado, pois isso irá garantir a

identificação adequada do paciente antes de qualquer intervenção de saúde, consequentemente, a prestação de cuidados mais seguros acarreta em menos erros <sup>14</sup>.

O presente estudo corrobora com as pesquisas internacionais sobre a importância da identificação correta do paciente para administração de medicação, seja no ponto de vista de prevalência de eventos adversos ou de seu potencial de risco aos pacientes pediátricos. A percentagem de internações hospitalares que resultam em algum evento adverso envolvendo erros de identificação foi estimada em 16,6% na Austrália, 10% no Reino Unido e 3,7% nos EUA <sup>15</sup>.

As conseqüências da identificação incorreta do paciente no momento da administração de medicação são muito sérias. As principais razões para que estes eventos aconteçam são freqüentemente devido à falta de comunicação, falta de trabalho em equipe, mas principalmente devido à falta de verificação da identificação do paciente ou de confiança nas informações correspondentes na identificação <sup>16</sup>.

As evidências apontadas pelos autores acima citados, são congruentes com os resultados encontrados neste estudo, uma vez que, pudemos verificar a falta de adesão da prática de identificação pelos profissionais em 81 procedimentos de administração de medicação como também, a falta de identificação nos pacientes em todas as observações realizadas e a falta de uma padronização dos dados descritos nos registros fixados nos leitos.

Resultados equivalentes ao presente estudo, foram encontrados também em estudo sobre erros de medicação, realizado no setor de clínica médica, com os profissionais de enfermagem de um Hospital Paulista, sobre as falhas na identificação do paciente. Os resultados também apontaram a ausência de pulseira no antebraço do paciente, leitos não identificados, e não questionamento do nome do paciente no momento da administração do medicamento <sup>17</sup>.

A adesão de uma política para identificação correta dos pacientes, constitui-se numa estratégia de fácil aplicabilidade desde que a instituição esteja empenhada na construção de soluções e propostas.

Entretanto, algumas limitações interferiram para que esta prática não fosse realizada de forma adequada pelos profissionais observados. A estrutura administrativa do local oferece uma placa para registros manuais como forma de registro das informações sobre os pacientes. Com isso, há falta de métodos digitalizados para registro das informações sobre o paciente; uma vez que, o registro manual pode dificultar a visualização dos dados, ou favorecer o estabelecimento e registro de informações que não são consideradas essenciais para sua identificação.

Por esta razão, o profissional registra as informações do paciente de forma desordenada, e é neste registro que encontramos todos os dados de identificação do paciente. Assim, verificamos a falta de dados, e a subestimação de informações essenciais.

Estudo que analisou o registro manual descrito em prescrições de medicamentos verificou um percentual de 9,2% das prescrições nas quais o nome completo do paciente estava escrito manualmente de forma ilegível<sup>18</sup>.

Outra limitação relevante, é que nenhum funcionário recebeu instrução específica sobre a identificação correta do paciente e qual a importância disso na prática. Os pacientes pediátricos enquadram-se numa população que exige técnicas de identificação especializadas e eficazes já que erros de medicação podem acarretar em sérias conseqüências para esta categoria de pacientes.

Quanto a identificação dos leitos, destacaram-se problemas de omissão de dados importantes, necessidade de um impresso de registro no leito melhor elaborado, contendo informações mais abrangentes e consideradas como dados que subsidiam a correta identificação. Observa-se a necessidade de intervir no processo administrativo institucional de modo a garantir que haja a reformulação de um registro para o leito dos pacientes pediátricos, que contenha dados mais específicos sobre estes pacientes, concretizando assim, um registro mais completo para que os profissionais possam verificar.

Para se implementar uma política de identificação do paciente, é preciso considerar a pulseira de identificação, o prontuário, as etiquetas para solicitação de exames e a participação ativa dos familiares durante a confirmação da identidade do paciente pediátrico, já que os pacientes pediátricos possuem barreiras para comunicação verbal dependendo da etapa de seu desenvolvimento<sup>19</sup>.

A identificação dos pacientes como um processo pelo qual um trabalhador confirma o fato de que um paciente é o mesmo que o descrito na requisição ou prescrição terapêutica, e isso se dá por meio do uso de uma pulseira de identificação, geralmente fixada no punho do paciente<sup>20</sup>.

Embora o protocolo de identificação pode variar ligeiramente de uma instituição de saúde para outra, a identificação descrita na pulseira é típica, lista o nome completo do paciente e uma identificação única do hospital, com número como o número de registro.

As ocorrências adversas envolvendo medicações devem ser entendidas como um problema importante para as instituições, profissionais, pacientes e familiares, pois pode acarretar em aumentos no custo do tratamento, no tempo de permanência hospitalar, e em conseqüências para a saúde dos pacientes.



A correta identificação do paciente pode representar um desafio para os hospitais por causa do número de intervenções complexas que ocorrem aos pacientes, variando de administração de drogas até flebotomia invasiva, entre outros procedimentos complicados, e do número de profissionais que realizam estes procedimentos. Estas intervenções ocorrem em uma variedade de locais e são fornecidas por uma gama de profissionais, muitos dos quais enfrentam turnos de trabalho<sup>8</sup>. Todavia é uma responsabilidade de todos os profissionais que prestam cuidados à saúde, e deve ser considerada como fundamental para o cuidado seguro<sup>12</sup>.

Todavia, por meio do presente estudo, podemos refletir que ações planejadas e organizadas estrategicamente para cada realidade institucional podem servir como ponto chave para garantia da identificação correta do paciente durante todos os momentos de prestação de serviços pelos mais variados profissionais. Entendemos que os pacientes pediátricos devem ser identificados da forma adequada desde o momento de sua entrada na instituição. Mas para isso, a instituição deve estabelecer métodos e filosofias considerando a segurança do paciente como imprescindível.

Não há dúvida de que os enfermeiros desempenham um papel chave em promover e coordenar o cuidado do cliente e que estudos que se preocupam com o desempenho deste papel são fundamentais na segurança do cuidado de enfermagem<sup>21</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que a identificação do paciente para administração de medicação é uma ação da equipe de enfermagem imprescindível para garantia de um cuidado mais seguro, entendemos que é importante verificar se os pacientes pediátricos internados em uma instituição hospitalar de ensino são identificados corretamente para administração de medicação, e possuem uma identificação adequada no leito e no próprio paciente.

A falta de identificação dos pacientes, sob aspecto administrativo, se constitui no problema sério evidenciado nesta pesquisa. A falta de tecnologias específicas para identificação do paciente passa a comprometer não apenas a segurança do paciente, mas também do profissional e da instituição, que poderá responder legalmente a falhas relacionadas a erros de medicação por ausência de condições mínimas para identificação correta dos pacientes.

Para evitar o erro é preciso reorganizar os sistemas de atendimento reconhecendo que a realização de procedimentos em pacientes errados é uma possibilidade real a todos, e que nenhuma instituição está imune<sup>10</sup>.

Ações que podem derivar em estratégias sistemáticas e integradas, no intuito de garantir um processo adequado quanto a identificação do paciente podem ser divididas em quatro momentos: Organização e identificação inicial do paciente internado; Organização de identificação dos dados e informações de um paciente que já esteve internado e agora retorna a instituição; Organização e inter-relação da identificação do paciente internado com a sua identificação na rede pública de saúde; Organização e inter-relação da identificação do paciente internado com a sua identificação em outras instituições <sup>16</sup>.

O profissional de enfermagem só conseguirá garantir uma administração segura de medicamentos por meio da identificação correta do paciente, sendo necessária a elaboração de políticas e programas de capacitação e educação continuada sobre o assunto como também, a incorporação de tecnologias e sistemas de identificação condizentes com a realidade assistencial vivenciada.

É essencial que os profissionais de enfermagem estejam conscientes da responsabilidade que envolve a administração de medicação no paciente pediátrico, e as conseqüências que podem advir da falta de identificação correta destes pacientes.

A partir dos resultados encontrados com esta pesquisa, ficou claro que a situação se configura num cenário preocupante. Verifica-se a necessidade de se implementar ações e soluções que garantam a segurança do paciente pediátrico. Considera-se a construção de estratégias e ferramentas específicas para adesão desta prática, como fator modificador primordial da realidade encontrada.

Se faz necessário a implantação de uma capacitação e educação continuada sobre a identificação correta dos pacientes desde sua entrada na instituição, com todos os profissionais da saúde atuantes, bem como a obtenção de recursos tecnológicos que facilitem a realização desta prática tais como: pulseiras de identificação fixadas nos pacientes, contendo informações digitalizadas e concisas; identificação em todos os leitos, registradas de forma digitalizada e de fácil visualização; bem como também a participação dos acompanhante no processo de identificação dos pacientes, considerando que estes também são agentes prestadores de cuidados nas instituições já que acompanham as crianças e participam ativamente do processo de cuidado durante a hospitalização.

## REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Brasil. **Segurança do paciente**. 2010. Disponível em <<http://www.new.paho.org/bra>>. Acesso em: 10 de maio de 2010.
2. GOMES, Adélia Quadros Farias. **Iniciativas Globais para Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: PROQUALIS, 2010.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Research for patient safety: better knowledge for safer care. 2008, 20 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf)>. Acesso em 08 junho 2010.
4. PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Souza (Org.). **Enfermagem dia a dia**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 214 p. (ISBN 978-5-7728-148-0). Vários Autores.
5. JOINT COMMISSION. Patient safety. 2003. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/03\\_npsgs.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/03_npsgs.htm)>. Acesso em: 21 de jun de 2010.
6. MIQUELIN, JDL; CASSIANI, SHB; BUENO, E. Administração de medicamentos: revisão de relatórios de intercorrências. In: COLÓQUI PANAMERICANO DE ENFERMAGEM, 6, Ribeirão Preto, 1998. Livro de Resumos. Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, 1998. p.217.
7. AVELAR, Ariane Ferreira Machado et. al. **Soluções para segurança do paciente**. In: PEDREIRA, Madilve da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; organizadores. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora; 2009. P. 197-214.
8. REEVES, Paula. Patient identification policy. **National Health Service NHS**. Londre, 2005, 14 p.
9. BAYLEY, K. Bruce; SAVITZ, Lucy A.; RODRIGUEZ, Glenn, et al. Barriers associated with medication information handoffs. In: **Advances in patient safety: from research to implementation Vol. 3**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. AHRQ Publication No. 050021-3.
10. CHASSIN, Mark R.; BECHER, Elise C.. The Wrong Patient. **Annals Of Internal Medicine**: Academia and Clinic, Philadelphia - Pa, v. 136, n. 11, p.826-833, 4 June 2002. Disponível em: <<http://www.annals.org>>. Acesso em: 01 out. 2010.
11. AMERICAN ACADEMI OF PEDIATRICS. **Principles of Patient Safety in Pediatrics**. Pediatrics, v. 107, n. 6, junho, 2001.
12. AVELAR, Ariane Ferreira Machado et. al. **Soluções para segurança do paciente**. In: PEDREIRA, Madilve da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; organizadores. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora; 2009. P. 197-214.
13. MACHADO, Marcos Tadeu. **Tecnologias na identificação de pacientes**. 2003. Disponível em: <[http://www.hospitalar.com/opinião/opinião\\_1152.html](http://www.hospitalar.com/opinião/opinião_1152.html)>. Acesso em: 08 junho 2010.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety solutions**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em 09 junho 2010.
15. MOLLON, Deene I.; FIELDS, Willa L. Is this the right patient? An educational initiative to improve compliance with two patient identifiers. **J Contin Educ Nurs**, v. 40, n. 5, p. 221-227, 2009.
15. VINCENT, Charles; GRAHAM, Neale; WOLOSHYNOWYCH, Maria. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **British Medical Journal**

- (**BMJ**). Londres, v. 322, p. 517-519, mar/jun 2001. Disponível em: <<http://www.bmj.com>>. Acesso em: 01 out. 2010.
16. METTLER, Tobias; FITTERER, René; ROHNER, Peter. **Strategies for a Systematical Patient Identification, 2007.**
17. CARVALHO, Viviane Tosta de; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Erros na Medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 322-330, jul/set 2000.
18. SILVA AEB de C. Análise do sistema de medicação de um hospital universitário do estado de Goiás. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo;2003.
19. MOLLON, Deene I.; FIELDS, Willa L. Is this the right patient? An educational initiative to improve compliance with two patient identifiers. **J Contin Educ Nurs**, v. 40, n. 5, p. 221-227, 2009.
20. FAWKES, Patricia L. Patient Identification. **California Association for Medical Laboratory Technology**, California, 8 p., dez 2007. Disponível em: <<http://www.camlt.org>>. Acesso em: 01 out. 2010.
21. BARRA, Daniela Couto Carvalho; DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0<sup>®</sup>. **Revista Texto e Contexto - Enfermagem**. 2010, vol.19, n.1, pp. 54-63.

## 5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais descritas a seguir, trazem a reflexão construída por cada <sup>cada</sup> acadêmica, que expos sua percepção individual sobre a experiência de construir este tra. e de vivenciar a prática no campo de estágio.

### *Considerações Finais por Talita Padilha Porto*

O despertar do meu interesse para construção deste trabalho de conclusão de curso surgiu ao conhecer a Prof<sup>a</sup>. Dra. Patrícia Rocha Kuerten. Através de seu conhecimento, experiência e vontade de trocar saberes, iniciamos uma trajetória importante de definição de propostas e compartilhamento de idéias, até que a decisão pelo tema aqui abordado, tornou-se uma estratégia de pesquisa e também, uma aventura em meio a tantos aprendizados.

Os vários momentos que percorri ao longo do itinerário de busca do saber, idealizando a elaboração e construção deste trabalho de conclusão de curso, permitiram-me tecer algumas considerações importantes sobre todo o processo de investigação e pesquisa dos temas propostos.

Muitos desafios colocam-se atualmente ao profissional da saúde, visto que as profundas transformações ocorridas no mundo da ciência e tecnologia exigem, teoricamente, novas configurações, apresentando-se cada vez mais num complexo processo de modificação das bases assistenciais, alterando a maneira do fazer profissional e exigindo novas atitudes e respostas.

Entendo que certas modificações para o profissional de enfermagem, dizem respeito a novas demandas e a novas formas de organização do trabalho. E pensar sobre essa prática, considerando a necessidade de uma revisão dos fundamentos teórico e metodológicos implica num grande desafio, pois as mudanças presenciadas no universo profissional, no mundo do trabalho, e nas relações políticas e sociais, vêm imprimindo uma nova categorização de indivíduos cada vez mais preocupados com a sua segurança e bem estar.

A nova era da modernidade provocada pela globalização tem evidenciando que novos olhares devem estar fundamentados na busca pela qualidade dos produtos e serviços, e pela valorização dos pacientes e profissionais. Portanto, percebe-se com esta pesquisa que existe

uma necessidade de expansão do ser profissional para antigas filosofias assistenciais desde então negligenciadas.

Acredito que as instituições prestadoras de serviços de saúde e as políticas públicas vêm aderindo cada vez mais à epistemologia da segurança do paciente. Nessa perspectiva, é preciso implementar mudanças individuais e coletivas, que aliadas a um conhecimento qualificado, organizado e coordenado servirão de exercício e concretização de ações que garantam mais segurança tanto para os paciente quanto para os profissionais.

Mas a formulação desta reflexão só foi possível, porque experimentei o ser profissional no campo de estágio, e contei com a colaboração de uma equipe aberta a novos saberes e mudanças. Por meio da vivência do trabalho profissional na prática, pude observar de forma direta e indireta as facetas que permeiam o cuidado de enfermagem e que tipo de obstáculos enfrentamos durante a prática. Ficou muito claro que os profissionais anseiam por condições melhores de trabalho, para que assim eles também possam garantir melhor qualidade dos serviços prestados.

Os profissionais antes de serem considerados recursos humanos, são pessoas com características, idéias, filosofias de vida e princípios individuais, e embora sua educação seja voltada para situações de vida generalizadas, é preciso voltar nosso olhar para o profissional e instituição como sendo cada um único e especializado.

O desenvolvimento de pesquisas científicas que ajudem a minimizar a reconhecida distância que existe entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática, ainda é uma fragilidade. Mas através da experiência vivida durante a aplicação desta pesquisa, pude diminuir em quilômetros esta distância, e voltar meu conhecimento para uma área específica importante da assistência de enfermagem, que é a pediatria.

É importante que os profissionais de enfermagem bem como, todos os profissionais da saúde promovam uma transformação concreta com relação ao discurso sobre segurança existente atualmente, direcionando suas atitudes para construção de um caminho sólido onde está garantida uma assistência de saúde mais segura principalmente para as populações de risco. Sendo assim, a produção deste trabalho, deve subsidiar o planejamento de futuras intervenções que poderão modificar o cenário atual da prática do cuidado.

Percebo que o entendimento sobre o tema e a capacitação para gestão da segurança nas instituições assistenciais deve estar incorporada na formação inicial dos profissionais de enfermagem, pelo fato de possibilitar melhoras não apenas para os pacientes, mas principalmente para a equipe, por ser um fator importante no processo de trabalho e garantir recursos necessários a prestação de uma assistência de qualidade.

Os profissionais têm consciência de suas limitações frente aos poucos recursos financeiros e materiais oferecidos pela maioria das instituições de saúde públicas e federais atuais; porém, se processarmos pequenas mudanças no nosso cotidiano assistencial poderemos concretizar grandes mudanças e renovar a força e a expectativa por situações melhores.

É nessa perspectiva que realizou-se esta pesquisa, fornecendo subsídios aos profissionais de enfermagem para que procurem novas ações, desenvolvendo suas funções com flexibilidade intelectual, com conhecimentos específicos e competência, para trabalhar as novas tendências organizacionais postas, oportunizando aos pacientes um cuidado seguro e de qualidade.

Assim, defendo que cabe aos profissionais de enfermagem intervir cada vez mais na valorização e implementação de soluções e diretrizes científicas norteando suas ações. Com isso, haverá uma valorização maior do papel deste profissional na assistência de saúde, e aprimoramento das suas potencialidades, no sentido de serem mais produtivos, mas também com o enfoque de elevar as suas condições de trabalho em termos gerais.

Durante a realização deste trabalho no campo de estágio, pude aperfeiçoar minhas potencialidades e me preparar para atuar como profissional de enfermagem comprometida com os ideais da profissão. Todo o esforço e empenho despendido para o aprimoramento do ser profissional pode ter sido uma tarefa árdua e difícil, mas neste momento, olhando para todos os resultados alcançados, vejo que tudo é fruto de muito crescimento e fortalecimento.

Com essas reflexões norteando a minha prática, pude cuidar das crianças com competência e capacidade para exercer um cuidado de enfermagem comprometido com a segurança do paciente e conseqüentemente do profissional. A partir de agora, sinto-me preparada e com sede de buscar novos horizontes e desafios.

#### ***Considerações Finais por Francielle Maciel Silva***

Fazer esse trabalho foi bastante enriquecedor, pois de certa forma foi possível contribuir cientificamente com essa pesquisa para a melhora da qualidade da segurança do paciente. Com esse trabalho, e nesse semestre, passei por muitas experiências que me deixaram mais forte e preparada para atuar no campo de trabalho. Minha orientadora

especialmente, me mostrou que eu possuía potencial para fazer tudo da melhor maneira, me fazendo superar muitos limites.

O que está em questão agora é a maneira como este trabalho contribuiu para o meu desenvolvimento profissional, quais as etapas são primordiais para se realizar uma pesquisa fidedigna, e principalmente, como redigir um texto claro, demonstrando assim a contribuição que essa pesquisa pode representar para a ciência e para o ser humano.

Do ponto de vista de como se realizar uma pesquisa, compreendo que tudo o que pude apreender foi efetivo e terá utilidade em todos os empreendimentos futuros.

Dentro do trajeto da pesquisa percebi que tudo aquilo que estava sendo pesquisado era super interessante, novo e significativo para o cuidado com o paciente pediátrico. A assimilação disso traduziu-se em muita motivação e dedicação para o trabalho.

Ainda em relação à elaboração de pesquisas pude desempenhar todas as etapas de uma pesquisa, mas foi na coleta de dados que eu aprendi a ser mais observadora, verificar exatamente como cada atividade era realizada e qual a ordem de cada uma; e observar se aquilo era o que a OMS e a ANVISA preconizavam para a segurança do paciente. Naquele momento o mais importante era documentar tudo como realmente era e da maneira mais exata a realidade do Hospital Universitário. Muitas das coisas que vi me deixaram desmotivada, pois um número significativo de funcionários não lavava as mãos e se quer identificava as crianças. Em contrapartida, me estimulava a registrar isso e procurar uma alternativa para resolver esse impasse trazendo assim, um cuidado mais seguro para aquele ambiente hospitalar.

O que eu mais espero alcançar é que os funcionários daquele setor e outros profissionais da saúde que leiam esse trabalho se conscientizem do quanto é necessário prestar uma assistência segura principalmente a crianças, que ainda não tem desenvolvido o sistema imunológico. Espero que esses profissionais compreendam o quanto são responsáveis pela segurança do paciente e que atos simples e rápidos podem sim, evitar muitas infecções ou a troca de pacientes durante a assistência prestada aos usuários.

Enfatizo que a intenção de produzir esse trabalho é possibilitar intervenções na prática, abrindo novos horizontes tanto para os profissionais, administradores e as instituições no sentido de promover uma assistência mais segura.

Esta pesquisa vem proporcionar para nós enquanto acadêmicas uma reflexão da necessidade do equilíbrio entre teoria e prática, pois há diversas medidas que teoricamente deveriam ser cumpridas, muitas dessas são simples e baratas, como por exemplo, a higienização das mãos, mas na prática não são valorizadas.



O fundamental é a contribuição para a ciência e para a criação de uma cultura de um cuidado mais seguro com o ser humano. Ansiamos por uma transformação concreta com relação à cultura de segurança existente atualmente, direcionando suas atitudes para construção de um caminho sólido onde está garantida uma assistência de saúde mais segura. Sendo assim, a produção deste trabalho, deve subsidiar o planejamento de futuras intervenções que poderão modificar o cenário atual.

Ainda tenho a expectativa de que cientificamente isso seja reconhecido, e faça com que lideranças atuem de maneira mais efetiva, promovendo capacitação a esses funcionários, e que auditorias sejam feitas nessas unidades com o intuito de que muitos funcionários possam aderir a essas práticas. Além disso, gostaria que condições de trabalho mais dignas fossem dadas a esses trabalhadores, mais facilidade, como torneiras automáticas, mais pias instaladas ao alcance das mãos, isso tudo proporcionaria maior adesão a essas medidas de segurança, fazendo com que assim, muitas vidas estejam mais bem assistidas durante o cuidado no ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMI OF PEDIATRICS. **Principles of Patient Safety in Pediatrics**. Pediatrics, v. 107, n. 6, junho, 2001.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH SYSTEM PHARMACISTS. Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v. 55, p. 165-166, 1998.

ANDRADE, Glória Maria. Infecção hospitalar: mitos e verdades, velhos hábitos, novas atitudes. **Brasília Med**, v. 39, n.1/4, 2002, p.57-59.

AVELAR, Ariane Ferreira Machado et. al. **Soluções para segurança do paciente**. In: PEDREIRA, Madilve da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; organizadores. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis Editora; 2009. P. 197-214.

ASKELAND, Ryan W.; MCGRANE Steve P.; REIFERT Dan R.; KEMP, John D. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. **Healthc Q.**, n. 12, p. 85-89, 2009.

BARR, DP: Hazard of modern diagnosis and therapy: the price we pay. **American Medical Association – JAMA**, Chicago, v. 159, p. 1178-81, 1956.

BASTOS, Cínara Farias; Damacena, Edlene Lopes; Godofredo, Maglene Dantas; Machado, Mônica Arruda. A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar. Disponível em:<<http://www.webartigos.com/articles/10027/1/A-Higienizacao-Das-Maos-No-Control-Da-Infeccao-Hospitalar/pagina1.html>>. Acesso em: 20 de ago de 2010.

BAYLEY, K. Bruce; SAVITZ, Lucy A.; RODRIGUEZ, Glenn, et al. Barriers associated with medication information handoffs. In: Advances in patient safety: from research to implementation Vol. 3. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. AHRQ Publication No. 050021-3.

BELELA, ASC. **Erros de medicação notificados em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos**. 2008. 150 f. Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo UNIFESP, São Paulo, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2007, 52p. Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/manual\\_integra.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf)>. Acesso em:

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia para implementação: um guia para implementação da estratégia multimodal da OMS para melhoria da higienização das mãos. Brasília, DF: Anvisa, 2006/2007, 63 p. (Versão Teste I)

\_\_\_\_\_, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Anvisa, 2008.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 311, de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen; 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Informativo do Ministério da Saúde. Programa de controle de infecção hospitalar. **Lavar as mãos: Informações para profissionais de saúde**. Brasília, 1989, p. 7-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica, n. 8, 2. ed. Brasília: MS, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aliança mundial para segurança do Paciente**. Diretrizes da OMS sobre higiene das mãos na assistência à saúde (versão preliminar avançada resumo – mãos limpas são mãos mais seguras). 2005. Disponível em: <<http://www.portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 07 maio 2010.

CARRARA, Dirceu; SALLES, Carmen Ligia Sanches de. **Cuidado limpo, cuidado seguro**. In: PEDREIRA, Madilve da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa; organizadores. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis Editora; 2009, p. 197-214.

CARTER, Kent Codel. Semmelweis **I. Etiology, concept, and prophylaxis of childbed fever**. Madison, WI, 1 ed, The University of Wisconsin, 1983.

CARVALHO, Viviane Tosta de; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Erros na Medicação: análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 322-330, jul/set 2000.

CARVALHO, Eduardo S.; MARQUES, Silvia R. Infecção hospitalar em pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, p. 31-45, 1999.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli (Org.). **Hospitais e medicamentos: impacto na segurança dos pacientes**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2010. 183 p. (ISBN 978-85-7728-158-9). Vários autores.

CASTRO, MS. **Introdução ao estudo dos erros de medicação**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 2001.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR Recomm Rep**, Atlanta, v. 51, n. RR-16, p. 1-45, out. 2002.

CHASSIN, Mark R.; BECHER, Elise C.. The Wrong Patient. **Annals Of Internal Medicine: Academia and Clinic**, Philadelphia - Pa, v. 136, n. 11, p.826-833, 4 June 2002. Disponível em: <<http://www.annals.org>>. Acesso em: 01 out. 2010.

CHEUNG, C. W et al. An audit of postoperative intravenous patientcontrolled analgesia with morphine: Evolution over the last decade. **European Journal of Pain**, 2008, v.13, n.5, p.464-471.

CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 26., 2002. Washington-D.C.: **Resoluções e outras ações da 55ª assembléia mundial da saúde de interesse para o comitê regional**. Brasil: OMS, 2002. 6p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM COREN. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente REBRAENSP. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010.

NATIONAL HEALTH OF SERVICE. Department of Health. **An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS**. The Stationery Office, Londres, 2000, 108 p.

FAWKES, Patricia L. Patient Identification. **California Association for Medical Laboratory Technology**, California, 8 p., dez 2007. Disponível em: <<http://www.camlt.org>>. Acesso em: 01 out. 2010.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís. **O Erro em Medicina**: Almeida, 2005.

GOMES, Adelia Quadros Farias. Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, Adélia Quadros Farias. **Iniciativas Globais para Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: PROQUALIS, 2010.

HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa et al. Ocorrências Adversas e Conseqüências Imediatas para os Pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.62-70, 2003.

HUGHES, Ronda G. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. **Agency for Healthcare Research and Quality** U.S. Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No. 08-0043 April, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE THE WASHINGTON. **Patient Safety: Achieving a New Standard for Care**. Washington, DC: National Academy Press. 2003. Disponível em: <<http://www.nap.edu/books/0309090776/html>>. Acesso em 24 de ago de 2010.

\_\_\_\_\_. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press 2000

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (Eds.): **Technology in Patient Safety - Using Identification Bands to Reduce Patient Identification Errors**. In: Joint Commission Perspectives on Patient Safety, v. 5, p. 1-10, 2005.

JOINT COMMISSION ON THE ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Hospital accreditation standards. **Oakbrook Terrace, IL**: Joint Commission Resources; 2005.

JOINT COMMISSION FOR PATIENT SAFETY. **World Alliance for Patient Safety**. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/30730/>>. Acesso em: 21 de jun de 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Improved hand hygiene to prevent health care-associated infections**. Patient Safety Solutions, v. 1, maio 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em 08 junho 2010.

JOINT COMMISSION. Patient safety. 2003. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/03\\_npsgs.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/03_npsgs.htm)>. Acesso em: 21 de jun de 2010.

\_\_\_\_\_. **Patient Identification**. Patient Safety Solution, v. 1, maio 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em 08 junho 2010.

KAMPF, G.; KRAMER, A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, DC, v. 17, n. 4, p. 863-893, October, 2004.

KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. To err is human: building a safer health system. **National Academy Press**, Washington. 2000.

LEON, S. Ponce de. The needs of developing countries and the resources required. **Journal of Hospital Infection**, v. 18, p. 376–381, 1991.

LOURENÇO, ELZA. Segurança. **Instituto de Filosofia da Linguagem**, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

MACHADO, Marcos Tadeu. **Tecnologias na identificação de pacientes**. 2003. Disponível em: <[http://www.hospitalar.com/opinião/opinião\\_1152.html](http://www.hospitalar.com/opinião/opinião_1152.html)>. Acesso em: 08 junho 2010.

MATOS, Luís Salgado de. **Segurança**. 2007.

MENDONÇA, Adriana de Paula et al Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá-PR, v. 25, n. 2, p. 147-153, 2003.

METTLER, Tobias; FITTERER, René; ROHNER, Peter. **Strategies for a Systematical Patient Identification, 2007**.

MIQUELIN, JDL; CASSIANI, SHB; BUENO, E. Administração de medicamentos: revisão de relatórios de intercorrências. In: COLÓQUI PANAMERICANO DE ENFERMAGEM, 6, Ribeirão Preto, 1998. Livro de Resumos. Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, 1998. p.217.

MOLLON, Deene I.; FIELDS, Willa L. Is this the right patient? An educational initiative to improve compliance with two patient identifiers. **J Contin Educ Nurs**, v. 40, n. 5, p. 221-227, 2009.

MURPHY, Mike F.; KAY, Jonathan D.S. Patient identification: problems and potential solutions. **Vox Sanguinis**, Amsterdam, v. 87, n. 2, p. 197-202, 2004.

NADZAM, Deborah; WESTERGAARD, Francine. Pediatric Safety in the Emergency Department Identifying Risks and Preparing to Care for Child and Family. **Journal of Nursing Care Quality**, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 189-194, 2008.

OLIVEIRA, Regina Célia de; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. **Characterization of the structure for medication preparation in teaching-hospitals: factors that interfere with the quality of care**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, v. 15, n. 2, p. 224-229.

OPPERMANN, C. M. *et al.* Hábito de lavagem das mãos: estudo de prevalência em uma unidade de tratamento intensivo de trauma. *Revista do HPS – Hospital de Pronto Socorro*, Porto Alegre, n. 40, p. 27-31, dez.1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OMS. **Diretrizes sobre higienização das mãos na assistência à saúde**: resumo. [S.I.: s.n.], [ca. 2005].

\_\_\_\_\_. **Aliança mundial para segurança do Paciente**. Instruções para usar os Filmes de Treinamento para as sessões de instrução sobre infecções relacionadas à assistência à saúde e higienização das mãos para profissionais de saúde e observadores. [2007?]. 41 slides, color. Disponível em: <<http://www.portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 07 maio 2010.

\_\_\_\_\_. **Guia para implementação**: uma guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores. ANVISA, Brasília, DF, 2009. 63 p.

\_\_\_\_\_. Brasil. **Segurança do paciente**. 2010. Disponível em <<http://www.new.paho.org/bra>>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resoluções e Outras Ações da 55ª Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Regional**. Washington, DC, setembro, 2002. p.11.

PEDREIRA, Madilve da Luz Gonçalves. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 5-6, 2009.

\_\_\_\_\_. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 800-1, 2009. Especial - 70 Anos. disponível em ? acesso em ?

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; HARADA, Maria de Jesus Castro Souza (Org.). **Enfermagem dia a dia**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 214 p. (ISBN 978-5-7728-148-0). Vários Autores.

PELCZAR, J. A Brief history of sterilization. In: **Asepsis - the infection prevention forum. Fourth quarter**, v.16, n.4, 1994.

Pittet D.; Boyce J. M. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. **Lancet Infection Disease**, April, p. 9-20, 2001.

PITTET, Didier et. al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. **The Lancete**, Londres, v. 356, [s.n.], p. 1307-1312, out 2000.

PRADE, S. S. *et al.* **Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. Revista do Controle de Infecção Hospitalar**. Ministério da Saúde, 1995; p.11-24.

**RAJU, TonseN. K., THORNTON, JohnP., KECSKES, Susan**, et al. Medication errors in neonatal and pediatric intensive care units. **Lancet**; n 2, p. 374-376, 1989.

REASON, James. Human error: models and management. **British Medical Journal (BMJ)**. Londres, v. 320, p. 768-770, 2000.

\_\_\_\_\_. **Human Error**. 11. ed. Cambridge - UK: Cambridge University Press, 2002. 316 p.

REEVES, Paula. Patient identification policy. **National Health Service NHS**. Londre, 2005, 14 p.

REYBROUCK, G. **The role of hands in the spread of nosocomial infections**. **J Hosp Infect**, v. 4, p. 103-111, 1983.

\_\_\_\_\_. **Human Error**. 11. ed. Cambridge - UK: Cambridge University Press, 2002. 316 p.

ROSENTHAL, V. D.; MCCORMICK, R. D.; GUZMAN, S.; VILLAMAYOR, C.; *et al.* Effect of education and performance feedback on handwashing: the benefit of administrative



support in Argentinean hospitals. **American Journal of Infection Control**, v. 31, p.85-92, 2003.

ROTTER, M. L. Special problems in hospital antisepsis. In: *RUSSELL, HUGO & AYLIFFE'S principles and practice of disinfection, preservation and sterilization*. 4 ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2004. p. 540-542.

SANTOS, Elizane Regina et. al. Assistência de Enfermagem em unidade pediátrica: uma proposta de início de sistematização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.1, p. 36-50, abr. 1997.

SANTOS, Fernanda Mendes; GONÇALVES, Virgínia Maria da Silva. Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar: um estudo sobre a execução da técnica. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste, MG, v. 2, n. 1, p. 152-153, jul./ago. 2009. disponível em ? acesso em ?

SANTOS, Adélia Aparecida M. dos. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. **Revista. Administração em Saúde**, v. 4, n. 15, p. 10-14, abr/jun 2002.

SÃO PAULO. Lei n. 10241, 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.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. Segurança e Proteção à Criança hospitalizada: Revisão de Literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, mai/jun, 2009. Artigo de Revisão. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 08 maio 2010.

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales; CARVALHO, Manoel de. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ**, v. 14, p.221, jun.2006. Disponível em: [http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-5522006000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-5522006000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 ago. 2008.

SCHYVE Paul M. **Systems thinking and patient safety**. In: Henriksen, Kerm, Battles, James B., Marks, Eric S., Lewin, David I. *Advances in patient safety: from research to implementation*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, v. 2, p.1-4, 2005.

SHOJANIA et al. Safe but Sound: Patient Safety Meets Evidence-Based Medicine. **American Medical Association - JAMA**, Chicago, vol. 288, n. 4, p.508-513, jul 2002. Disponível em: <<http://www.jama.ama-assn.org>>. Acesso em: xxxxxxxxxxxx

SOARES, Vinícius de Freitas. **Identificação única de pacientes em fontes de dados distribuídas e heterogêneas**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado em Informática), Departamento de Informática, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009. disponível em ? acesso em ?

SOUSA, Paulo. Patient Safety: A Necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 19, p.309-308, 5 maio 2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>>. Acesso em 09 junho 2010.

STRATTON, Karen M.; BLEGEN, Mary A.; PEPPER, Ginette; VAUGHN, Thomas. Reporting of medication errors by pediatric nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 19, n. 6, dez 2004.

VINCENT, Charles. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos. Tradução de: Rogério Videira. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

VINCENT, Charles; GRAHAM, Neale; WOLOSZYNOWYCH, Maria. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **British Medical Journal (BMJ)**. Londres, v. 322, p. 517-519, mar/jun 2001. Disponível em: <<http://www.bmj.com>>. Acesso em: 01 out. 2010.

WAKEFIELD, John. Queensland health patient safety improvement: clinical handover. **Queensland Health Patient Safety Center**. 2007, 26 p.

WOODS, D; THOMAS, E; HOLL, J; ALTMAN, S; BRENNAN, T. Adverse events and preventable adverse events in children. **Pediatrics**, v. 115, n. 1, jan 2005, p. 155-160.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety solutions**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em 09 junho 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em 28 de julho de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy**; 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/gpsc/5may/Guide\\_to\\_Implementation.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Implementation.pdf)>. Acesso em 09 junho 2010.

\_\_\_\_\_. **10 facts on patient safety.** Disponível em: <[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/index.htm](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.htm)>. Acesso em: 28 de julho de 2010.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety.** Research for patient safety: better knowledge for safer care. 2008, 20 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf)>. Acesso em 08 junho 2010.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety.** Forward Programme 2006-2007. 64 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/WHO\\_EIP\\_HDS\\_PSP\\_2006.1.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf)>. Acesso em 08 junho 2010.

\_\_\_\_\_. **The WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft). Global Patient Safety Challenge 2005-2006:** Clean care is safer care. Genebra: Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/Last\\_April\\_versionHH\\_Guidelines%5b3%5d.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Last_April_versionHH_Guidelines%5b3%5d.pdf)>. Acesso em: maio 2007.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety.** Forward Programme 2008-2009. 64 p. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>. Acesso em 08 junho 2010.

\_\_\_\_\_. **World Alliance for Patient Safety.** Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Global Patient Safety Challenges. 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/Medical\\_curriculum\\_020608meeting\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/Medical_curriculum_020608meeting_report.pdf)>. Acesso em 08 junho 2010.

\_\_\_\_\_. **Hand hygiene: why, how & when?** [S.I.], ago. 2009. (Save Lives-Clean Your Hands: Guide to Implementation).

\_\_\_\_\_. (Europe). European Observatory On Healthy Systems And Policies. **Implementing health financing reform:** lessons from countries in transition. 21. ed. Genebra, 2010. (Observatory Studies Series).

ZACARIAS, Sheikh Inusso. **Purificação, a chave da oração.** 2010. Disponível em <[http://www.sautulislam.com/templates/revistas/edicoes/edicao\\_21/h\\_purificacao\\_chave\\_da\\_oracao.htm](http://www.sautulislam.com/templates/revistas/edicoes/edicao_21/h_purificacao_chave_da_oracao.htm)>. Acesso em outubro de 2010.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** A SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO POR MEIO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

O estudo pretende verificar se a higienização das mãos e a identificação do paciente realizada antes do preparo e da administração de medicação (endovenosa, intramuscular, subcutânea, via oral) e fluidos, segue as diretrizes estabelecidas pela Anvisa (2006/2007, 2008) e OMS (2007, 2009). Este é um estudo quantitativo, do tipo observacional transversal.

As pesquisadoras principais são: Francielle Maciel Silva e Talita Padilha Porto, acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob a orientação da Profª Enfª Drª Patrícia Kuerten Rocha.

Os dados serão coletados através dos Instrumentos de Observação de Lavagem das Mãos e da Identificação dos Pacientes, e terá início no mês de julho de 2010 e término em dezembro do mesmo ano.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, nem de cunho financeiro, bem como, não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos para você participar. Caso você aceite participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo, pode entrar em contato pelo endereço: Rua Daniel Marcelino, 133, bairro Itaguaçu, Florianópolis. Telefones: (48)32496955/(48) 99281852/(48)32445350/(48)99282855 e/ou pelos emails: [talitap2@hotmail.com](mailto:talitap2@hotmail.com) e [escoteiracia@hotmail.com](mailto:escoteiracia@hotmail.com).

Pesquisadoras Principais:

---

Francielle Maciel Silva

---

Talita Padilha Porto

Pesquisadora Orientadora:

---

Patrícia Kuerten Rocha

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2010.

## APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO: HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS<sup>1</sup>

<b>1.0 IDENTIFICAÇÃO DO PROFISISONAL</b>		
1.1 Data: ____/____/____	1.2 Horário: _____	1.3 N° do Instrumento _____
1.4 Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite		
1.5 Identificação do Funcionário n° _____: ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Auxiliar de Enfermagem		
1.6 Sexo: _____	1.7 Idade: _____	1.8 Tempo de Formação: _____; 1.9 Tempo de Trabalho: _____;
1.10 Formação Adicional: ( ) Não possui ( ) Técnico ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Especialização		
<b>2.0 ESTRUTURA DA UNIDADE PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>		
2.1 Há água corrente disponível na unidade: Sempre ( ) Esporadicamente ( ) Raramente ( ) Nunca ( )		
2.2 A água é limpa: Sempre ( ) Esporadicamente ( ) Raramente ( ) Nunca ( )		
2.3 A unidade possui uma pia para higienização das mãos em cada quarto? ( ) Sim ( ) Não		
2.4 Se não, a unidade possui uma ante-sala com pia para higienização das mãos em cada quarto? ( ) Sim ( ) Não		
2.5 As torneiras (registros?) de água são: Manuais ( ) Automáticas ( )		
2.6 Existe uma preparação alcoólica para higienização das mãos disponível na unidade? Sempre ( ) Esporadicamente ( ) Raramente ( ) Nunca ( )		
2.7 Se houver, que tipos de dispensadores estão disponíveis: Frasco de Bolso ( ) Frasco Afixado no Leito ( ) Dispensador de Parede ( ) Frasco Afixado no carrinho/bandeja ( )		
2.8 Os dispensadores disponíveis estão colocados ao alcance das mãos no local da assistência? ( ) Sim ( ) Não		
2.9 Os profissionais de saúde tem acesso fácil aos frascos de bolso de preparação alcoólica? Sempre ( ) Esporadicamente ( ) Raramente ( ) Nunca ( )		
2.10 Se houver, os outros tipos de dispensadores são substituídos quando vazios: Sempre ( ) Esporadicamente ( ) Raramente ( ) Nunca ( )		
<b>3.0 INSTRUÇÃO PARA LAVAGEM CORRETA DAS MÃOS</b>		
3.1 Há cartazes ilustrativos de promoção da higienização simples e fricção anti-séptica das mãos expostos nesta unidade nos locais de assistência? ( ) Sim ( ) Não		
3.2 O profissional de enfermagem observado recebeu instrução específica sobre higienização das mãos nos últimos dois anos? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: _____		
3.3 O profissional de enfermagem observado realiza a lavagem de mãos antes do preparo da medicação? ( ) Sim ( ) Não		
3.4 O profissional de enfermagem observado realiza a lavagem de mãos antes da administração de medicamento? ( ) Sim ( ) Não		
3.5 São feitas auditorias sobre a adesão à higienização das mãos na unidade? ( ) Sim ( ) Não		
3.6 Se Afirmativo, com que freqüência elas acontecem: Uma vez por ano ( ) Duas vezes por ano ( ) Com menor freqüência ( )		
<b>4.0 VIA DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO OBSERVADA</b>		
Intramuscular ( ) Intravenoso ( ) Oral ( ) Subcutâneo ( ) Fluidoterapia ( )		
<b>5.0 TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS REALIZADA</b>		
5.1.1 Higienização Simples das Mãos ( )		

<sup>1</sup> Instrumento adaptado do Guide to Implementation - A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (2009); Guia para Implementação um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos - ANVISA (2006/2007); e Segurança do Paciente Higiene das Mãos – ANVISA (2008).

- 5.1.2 Quando  Antes do preparo  Antes da administração
- 5.1.3 Retira jóias, pulseiras e relógios para lavar as mãos:  Sim  Não
- 5.1.4 Possui unhas curtas:  Sim  Não
- 5.1.5 Possui Esmalte nas Unhas:  Sim  Não
- 5.1.6 Qual a cor do esmalte: \_\_\_\_\_;
- 5.1.7 O esmalte está íntegro:  Sim  Não
- 5.1.8 Abre a torneira e molha as mãos, evitando encostar-se a pia:  Sim  Não
- 5.1.9 Aplica na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos seguindo a quantidade recomendada pelo fabricante:  Sim  Não
- 5.1.10 Esfrega as palmas das mãos friccionando-as entre si:  Sim  Não
- 5.1.11 Esfrega a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa:  Sim  Não
- 5.1.12 Entrelaça os dedos e fricciona os espaços interdigitais:  Sim  Não
- 5.1.13 Esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa:  Sim  Não
- 5.1.14 Entrega o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimentos circular e vice-versa:  Sim  Não
- 5.1.15 Fricciona as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fazendo movimentos circular e vice-versa:  Sim  Não
- 5.1.16 Fricciona os punhos com movimentos circulares:  Sim  Não
- 5.1.17 Realiza o enxágüe satisfatório das mãos com água:  Sim  Não
- 5.1.18 Seca as mãos com papel-toalha descartável:  Sim  Não
- 5.1.19 No caso de torneiras com contato manual para fechamento, utiliza papel toalha:  Sim  Não

- 5.2.1 Fricção de anti-séptico nas mãos
- 5.2.2 Quando  Antes do preparo  Antes da administração
- 5.2.3 Retira jóias, pulseiras e relógios para lavar as mãos:  Sim  Não
- 5.2.4 Possui unhas curtas:  Sim  Não
- 5.2.5 Possui Esmalte nas Unhas:  Sim  Não
- 5.2.6 Qual a cor do esmalte: \_\_\_\_\_
- 5.2.7 O esmalte está íntegro:  Sim  Não
- 5.2.8 Aplica uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mão:  Sim  Não
- 5.2.9 Fricciona a palma das mãos entre si:  Sim  Não
- 5.2.10 Fricciona a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa:  Sim  Não
- 5.2.11 Fricciona a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados:  Sim  Não
- 5.2.12 Fricciona o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e vem e vice-versa:  Sim  Não
- 5.2.13 Fricciona o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimentos circular e vice-versa:  Sim  Não
- 5.2.14 Fricciona as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fazendo movimentos circular e vice-versa:  Sim  Não
- 5.2.15 Fricciona os punhos com movimentos circulares:  Sim  Não

## 6.0 TEMPO GASTO NA EXECUÇÃO DA TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- 6.1 Quanto:
- De 00 a 10 segundos
- De 10 a 20 segundos
- De 20 a 30 segundos
- De 40 a 60 segundos
- Mais de 60 segundos
- 6.2 Quando  Antes do preparo  Antes da administração

## APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE<sup>2</sup>

<b>1.0 IDENTIFICAÇÃO DO PROFISISONAL</b>		
1.1 Data: ____/____/____	1.2 Horário: ____	1.3 N° do Instrumento ____
1.4 Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite		
1.5 Identificação do Funcionário: ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Auxiliar de Enfermagem		
1.6 Sexo: ____ Idade: ____	1.7 Tempo de Formação: ____;	1.8 Tempo de Trabalho: ____;
1.9 Formação Adicional: _____		
<b>2.0 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM OBSERVADO RECEBEU INSTRUÇÃO ESPECÍFICA SOBRE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS?</b>		
( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: _____		
<b>2.1 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM OBSERVADO REALIZA A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO?</b>		
( ) Sim ( ) Não		
<b>2.2 COMO O PROFISSIONAL IDENTIFICA O PACIENTE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO</b>		
( ) Confere os dados registrados na pulseira	( ) Pergunta a idade da criança ao acompanhante	
( ) Registra eletronicamente o código de barra da pulseira	( ) Pergunta a idade a criança	
( ) Pergunta o nome completo da criança ao acompanhante	( ) Pergunta a criança o nome de um dos pais	
( ) Pergunta o nome completo a criança	( ) Confere o registro do leito	
( ) Pergunta o primeiro nome da criança ao acompanhante	( ) Confere a identificação fixada na criança	
( ) Pergunta o primeiro nome a criança	( ) Confere o prontuário armazenado no leito	
( ) Pergunta o sobrenome da criança ao acompanhante	( ) Confere o número do quarto	
( ) Pergunta o sobrenome a criança	( ) Confere o número do leito	
( ) Pergunta o apelido da criança ao acompanhante	( ) Já conhece previamente	
( ) Pergunta o apelido a criança	( ) Não identifica o paciente	
<b>3.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO LEITO</b>		
( ) Placa digitalizada	( ) Cor Individual de vestimentas para cada paciente	
( ) Placa escrita manualmente	( ) Prontuário armazenado no leito	
( ) Etiqueta com código de barras	( ) Não possui identificação	
( ) Cor individual de roupas de cama para cada paciente		
<b>3.1 Se identificação preenchida manualmente qual o formato da escrita:</b>		
( ) Letra legível	( ) Letra ilegível	( ) Escrita Incorreta
<b>3.2 Local de fixação da identificação no leito:</b>		
( ) Leito	( ) Parede	( ) Criado mudo
<b>3.3 Que informações de identificação estão contidas no leito:</b>		
( ) Nome completo	( ) Apelido	( ) N° do quarto
( ) Primeiro Nome	( ) N° De Registro	( ) N° do leito
( ) Sobrenome	( ) Data de Nascimento	( ) Sexo
( ) Nome completo de um dos pais	( ) Idade	( ) Data da Admissão
( ) Nome abreviado de um dos pais	( ) Diagnóstico	
<b>4.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO PACIENTE</b>		

<sup>2</sup> Instrumento adaptado do Patient Identification – WHO (2007, 2009).

- Pulseira com código de barras       Etiqueta escrita manualmente  
 Pulseira escrita manualmente       Pulseira com cor individual para cada paciente  
 Pulseira digitalizada       Roupa de cor individual para cada paciente  
 Etiqueta digitalizada       Não possui nenhum tipo de identificação fixada no paciente

**4.1 Se identificação preenchida manualmente qual o formato da escrita:**

- Letra legível       Letra ilegível       Escrita Incorreta

**4.2 Local de fixação da identificação no paciente:**

- Pulso       Tornozelo       Roupa

**4.3 Que informações de identificação estão contidas no paciente:**

- Nome completo       Nome abreviado de um dos pais       Diagnóstico  
 Primeiro Nome       Apelido       N° do quarto  
 Sobrenome       N° De Registro       N° do leito  
 Nome do paciente abreviado       Data de Nascimento       Sexo  
 Nome completo de um dos pais       Idade

**5.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO PRONTUÁRIO**

- Registro digitalizado       Registro manual       Registro digitalizado e manual

**5.1 Se registro manual qual o formato da escrita:**

- Letra legível       Letra ilegível       Escrita Incorreta

**5.2 Informações contidas no registro:**

- Nome completo       Sobrenome de um dos pais       Diagnóstico       Procedência  
 Primeiro Nome       Nome abreviado de um dos pais       N° do quarto       Contato telefônico  
 Sobrenome       N° de Registro       N° do leito       Documento de Identidade  
 Apelido       Data de Admissão       Sexo       Nome do Responsável  
 Nome completo de um dos pais       Data de Nascimento       Naturalidade       Alergias  
 Primeiro nome de um dos pais       Idade       Endereço       Classificação de Risco

**5.3 ( ) Não possui identificação**

**6.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA PRESCRIÇÃO MÉDICA**

- Prescrição digitalizada       Prescrição manual       Prescrição digitalizada e manual

**6.1 Se prescrição manual qual o formato da escrita:**

- Letra legível       Letra ilegível       Escrita incorreta

**6.2 Informações contidas na prescrição médica:**

- Nome completo       Sobrenome de um dos pais       Diagnóstico       Dosagem  
 Primeiro Nome       Nome abreviado de um dos pais       N° do quarto       Via de administração  
 Sobrenome       N° De Registro       N° do leito       Horário de administração  
 Apelido       Data de Admissão       Sexo       Assinatura do Profissional  
 Nome completo de um dos pais       Data de Nascimento       Data  
 Primeiro nome de um dos pais       Idade       Medicamento

**6.3 Não Possui identificação**

**6.4 ( ) Não possui prescrição médica**

**7.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

- Prescrição digitalizada       Prescrição manual       Prescrição digitalizada e manual

**7.1 Se prescrição manual qual o formato da escrita:**



<input type="checkbox"/> Letra legível	<input type="checkbox"/> Letra ilegível	<input type="checkbox"/> Escrita incorreta
<b>7.2 Informações contidas na prescrição de enfermagem:</b>		
<input type="checkbox"/> Nome completo	<input type="checkbox"/> Sobrenome de um dos pais	<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Cuidados com medicação
<input type="checkbox"/> Primeiro Nome	<input type="checkbox"/> Nome abreviado de um dos pais	<input type="checkbox"/> N° Quarto <input type="checkbox"/> Horário de realização
<input type="checkbox"/> Sobrenome	<input type="checkbox"/> N° De Registro	<input type="checkbox"/> N° Leito <input type="checkbox"/> Assinatura do Responsável
<input type="checkbox"/> Apelido	<input type="checkbox"/> Data de Admissão	<input type="checkbox"/> Sexo
<input type="checkbox"/> Nome completo de um dos pais	<input type="checkbox"/> Data de Nascimento	<input type="checkbox"/> Data
<b>7.3 ( ) Não possui identificação</b>	<b>7.4 ( ) Não possui prescrição de enfermagem</b>	
<b>8.0 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NA MEDICAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> Fixa o rótulo de identificação do paciente na medicação; <input type="checkbox"/> Fixa o rótulo de identificação do paciente na bandeja; <input type="checkbox"/> Na bandeja existem medicamentos de outros pacientes; <input type="checkbox"/> Fixa um rótulo de identificação do paciente no soro com ou sem medicamentos diluídos; <input type="checkbox"/> Fixa um rótulo de identificação do paciente na medicação endovenosa diluída em seringa; <input type="checkbox"/> Profissional não administra a medicação, entrega a medicação ao acompanhante para que ele administre;		
<b>8.1 Informações contidas no rótulo de identificação:</b>		
<input type="checkbox"/> Nome completo	<input type="checkbox"/> Nome da medicação	<input type="checkbox"/> N° do quarto <input type="checkbox"/> Nome do Profissional
<input type="checkbox"/> Primeiro nome	<input type="checkbox"/> Horário de administração	<input type="checkbox"/> N° do leito <input type="checkbox"/> Horário de Início da Infusão
<input type="checkbox"/> Sobrenome	<input type="checkbox"/> Via de administração	<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Horário de Término da Infusão
<input type="checkbox"/> Apelido	<input type="checkbox"/> Dose a ser administrada	<input type="checkbox"/> Gotejamento
<b>8.2 Não Identifica a Medicação ( )</b>		

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES REVISTA TEXTO E CONTEXTO

#### OBJETIVO E POLÍTICA

**Texto & Contexto Enfermagem**, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

#### PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos

selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

### INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado. Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp) deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos

autores em declarações individuais (Modelo). Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

## CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

**Artigo original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Relato de experiência:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Revisão da literatura:** compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

**Entrevista:** espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

**Resenha:** espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

## **PREPARO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

**Página de identificação:** a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".<sup>1:30-31</sup>



As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]*(e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

#### **Livro padrão**

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

#### **Capítulo de livro**

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

#### **Livro com organizador, editor ou compilador**

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

#### **Livro com edição**

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

#### **Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

**Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

**Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

**Tese/Dissertação**

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

**Artigo de jornal**

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

**Artigo de periódico com até 6 autores**

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

**Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

**Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

### **Mapa**

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

### **Dicionários e referências similares**

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

### **Homepage/web site**

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

### **Material eletrônico**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

### **MODELO**

À Coordenação Editorial

**Texto & Contexto Enfermagem**

**Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, \_\_\_\_\_ de autoria de \_\_\_\_\_.

**Classificação:**

**Endereço para correspondência:**

**Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".

- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

**MODELO**

À Coordenação Editorial

**Revista Texto & Contexto - Enfermagem**

**Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (*escrever título do artigo*) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências

bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

## **MODELO**

À Coordenação Editorial

**Texto & Contexto Enfermagem**

### **Declaração de conflitos de interesse**

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo ( ) ou não possuo ( ) conflito de interesse de ordem:

( ) pessoal,

( ) comercial,

( ) acadêmico,

( ) político e

( ) financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

---

Local, data:

Assinatura:

**PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS**

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 250,00 por artigo a ser pago da seguinte forma. No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 45,00. Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 105,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)

- R\$ 205,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

**Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

**Texto & Contexto Enfermagem**

Caixa Postal 5057

CEP: 88.040-970

Trindade – Florianópolis – SC- Brasil

## **VERIFICAÇÃO DE ITENS**

### **Itens exigidos para preparação dos manuscritos**

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

### **Itens exigidos para envio dos manuscritos**

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.

3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de roda-pé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.  
Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

## ANEXO 2

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES – ACTA

**Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.)**, ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada bimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por até cinco autores, sendo enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob suas inteiras responsabilidades, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Acta Paulista de Enfermagem edita o artigo no idioma inglês, na versão online. Somente quando o artigo for aprovado para publicação os autores deverão providenciar a tradução para o inglês.

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada (no texto do artigo) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo que estes documentos devem estar anexados como documentos complementares. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. O número de figuras e/ou tabelas/quadros não deve exceder a 5 (cinco). O número de referências não deve exceder a 35. Caso estas normas não sejam atendidas o artigo será, sumariamente, devolvido. O manuscrito deve estar organizado segundo uma das seções descritas abaixo. Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com



resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescidos a esta estrutura.

**Artigos de Revisão:** destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

**Relato de experiência:** destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

**Atualização:** destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

**Resenhas:** revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

**Cartas ao editor** - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

## **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do(s) autor(es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de insenção de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: Modelos de Cartas. **Caso esta norma não seja atendida o artigo será, sumariamente devolvido.**

## **REVISÃO DOS CONSULTORES**

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos

serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores. O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores. No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

## APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

**Cabeçalho:** Título do artigo e subtítulo, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

**Nome do (s) autor (es)** - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem.

Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

**Referência do artigo** - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

**Resumo:** com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação. **Descritores:** Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing

Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

**Texto:** Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações.

As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem seqüenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

**Agradecimentos:** Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

**Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico [www.icmje.org](http://www.icmje.org) O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos citados no endereço: <http://www.unifesp.br/denf/acta/>

## **ENVIO DOS MANUSCRITOS**

**Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://submission.scielo.br/index/ape/indexn>**