

## Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente

*Educational strategies to improve adherence to patient identification*

*Estrategias educativas para mejorar la adhesión a la identificación del paciente*



Melissa Prade Hemesath<sup>a</sup>  
 Helena Barreto dos Santos<sup>a</sup>  
 Ethel Maris Schroder Torelly<sup>a</sup>  
 Amanda da Silveira Barbosa<sup>b</sup>  
 Ana Maria Müller de Magalhães<sup>b</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar o impacto de ações educativas nos resultados do indicador de adesão à verificação da pulseira de identificação de pacientes, antes da realização de cuidados de maior risco.

**Métodos:** estudo descritivo e exploratório, conduzido em hospital universitário de grande porte, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, com 6.201 pacientes entrevistados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

**Resultados:** a análise e o acompanhamento do indicador de adesão ao uso da pulseira de identificação do paciente demonstraram uma tendência de aumento do percentual, atingindo, ao longo do período estudado, de 42,9% a 57,8%, entre janeiro e abril de 2013, e de 81,38% a 94,37%, entre setembro e dezembro de 2014.

**Conclusões:** as estratégias educativas, ancoradas na sensibilização da equipe, otimizaram a adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente, o que contribuiu para o fortalecimento da cultura de segurança na instituição.

**Palavras-chave:** Sistemas de identificação de pacientes. Segurança do paciente. Indicadores de serviços. Educação continuada.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to analyze the impact of educational actions on the results of an adherence indicator while checking patient identification wristbands before high-risk care.

**Methods:** This is a descriptive and exploratory study that was conducted in a large university hospital between January 2013 and December 2014, where 6,201 patients were interviewed. Data were analyzed by descriptive statistics.

**Results:** The analysis and monitoring of the adherence indicator in patient identification wristbands showed a tendency to increased percentage along the study period, from 42.9% to 57.8% between January and April 2013, and from 81.38% to 94.37% between September and December 2014.

**Conclusions:** Teaching strategies based on staff awareness improved the professionals' adherence to checking patient ID wristbands. In addition, this result can contribute to strengthening the safety culture within the institution.

**Keywords:** Patient identification systems. Patient safety. Indicators of health service. Continuing education.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar el impacto de las acciones educativas en los resultados del indicador de adhesión a la verificación de la pulsera de identificación de los pacientes hospitalizados, previo a la atención más arriesgada.

**Métodos:** estudio descriptivo y exploratorio, realizado en gran hospital universitario, entre enero de 2013 y diciembre de 2014, con 6.201 pacientes entrevistados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** el análisis y el acompañamiento del indicador de adhesión al uso de la pulsera de identificación del paciente ha demostrado una tendencia de aumento del porcentual, alcanzando a lo largo del periodo estudiado, de 42,9% a 57,8% entre enero y abril de 2013 para 81,38% a 94,37% entre septiembre y diciembre de 2014.

**Conclusiones:** las estrategias educativas, ancladas en la conciencia de equipo, han optimizado la adherencia de los profesionales para verificar la identificación del paciente, lo que ayuda a fortalecer la cultura de seguridad en la institución.

**Palabras clave:** Sistemas de identificación de pacientes. Seguridad del paciente. Indicadores de servicios. Educación continuada.

<sup>a</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade e a segurança nos serviços de saúde tem ocupado um espaço crescente na área de gestão em saúde. A busca de excelência na qualidade assistencial e a necessidade de oferecer um cuidado com minimização de riscos para os pacientes tornaram-se um grande desafio para as organizações de saúde em todo o mundo.

As iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que culminaram no lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, fortaleceram o movimento das organizações e instituições no sentido de implantar metodologias para avaliar de forma sistemática os riscos à segurança dos pacientes nos serviços de saúde a fim de aumentar a qualidade do cuidado<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, ganhou força a implementação de indicadores para monitorar a qualidade e avaliar os resultados dos serviços oferecidos aos clientes nas organizações hospitalares<sup>(2)</sup>.

Publicações de estudos do *Institute of Medicine*<sup>(3)</sup> e OMS<sup>(1)</sup> alertaram a comunidade científica e a sociedade sobre as questões que envolvem os riscos decorrentes de erros ou falhas que podem causar danos ou até mesmo a morte de pacientes nos sistemas de saúde atuais. No ano de 2005, a OMS firmou parceria com a *Joint Commission International (JCI)*<sup>(4)</sup> para a formação do Centro Colaborador dedicado à Segurança do Paciente, atuando no sentido de disseminar as seis Metas Internacionais para a Segurança do Paciente, as quais são: 1. Identificar os pacientes corretamente; 2. Melhorar a comunicação efetiva (prescrições e resultados de exames diagnósticos); 3. Melhorar a segurança para medicamentos de risco; 4. Eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; 5. Reduzir o risco de adquirir infecções; e 6. Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas. Essas metas vêm sendo implantadas e acompanhadas mundialmente nos hospitais em processo de acreditação internacional<sup>(5)</sup>.

Desde então, a recomendação da identificação correta do paciente passou a ser adotada como uma das metas para o alcance da segurança do paciente a nível mundial e, em 2013, foi formalizada como parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, o qual preconiza a promoção e apoio à implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e serviços de saúde<sup>(6)</sup>.

As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e para a sociedade. Estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação<sup>(7-8)</sup>. A estimativa de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta na ocorrência de pelo menos um

evento adverso é alarmante, ainda mais se considerarmos que metade destes incidentes poderiam ter sido evitados, segundo estudos conduzidos em hospitais americanos<sup>(9-10)</sup>.

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis<sup>(11)</sup>. Esses achados, aliados a iniciativas como a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), criada em 2008 em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), também fortaleceram a intenção de disseminar a cultura de segurança para as instituições, trabalhadores e familiares de pacientes no cenário brasileiro<sup>(12)</sup>.

De acordo com a *National Patient Safety Agency (NPSA)*<sup>(13)</sup>, entre fevereiro de 2006 e janeiro de 2007, foram registrados 24.382 relatórios de situações incompatíveis com os cuidados dos pacientes, e estima-se que aproximadamente 2.900 destes incidentes estejam relacionados ao uso de pulseiras de identificação, como a ausência da pulseira ou informações incorretas nas mesmas. A agência alerta que estas situações podem aumentar o risco de os pacientes serem identificados de forma incorreta e receberem um cuidado errado. Além disso, ressalta que a padronização das pulseiras de identificação, assim como a informação contida nas mesmas e os processos usados para conferência dos dados nos momentos críticos são fundamentais para melhorar a segurança dos pacientes.

Diante dessas considerações, entende-se como fundamental a adoção de indicadores e monitoramento dos processos para diminuir as chances de falhas atingirem os pacientes nos sistemas de saúde. O hospital em estudo, preocupado com o acompanhamento de melhoria desse processo, desenvolveu e implantou, em janeiro de 2013, um indicador que monitora a adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente nos momentos críticos recomendados em protocolos reconhecidos.

Com a finalidade de avaliar se ações educativas sensibilizam os profissionais às práticas seguras, questiona-se: Ações educativas são capazes de melhorar os resultados da adesão à verificação da identificação do paciente pelos profissionais?

O propósito do presente estudo é analisar o impacto das ações educativas nos resultados do indicador Taxa de Adesão dos Profissionais à Verificação da Pulseira de Identificação do Paciente, discutindo sobre a adesão dos profissionais ao processo antes de procederem aos cuidados de maior risco.

## ■ METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre. Trata-se de um hospital de ensino de capacidade extra, com 843 leitos de internação para adultos e pediatria. Ao longo do ano de 2012, o processo de identificação dos

pacientes foi discutido e redesenhado. Anteriormente, o hospital já adotava a prática de identificar seus pacientes através de uso de pulseiras, entretanto, os elementos identificadores do paciente eram escritos à mão e não eram padronizados. Em alguns momentos os profissionais acrescentavam o leito do paciente, em outros não escreviam o nome completo do paciente ou esqueciam de adicionar o número de seu prontuário. A rotina de conferência dos identificadores também não era praticada de maneira uniforme na instituição.

Com base nas diretrizes recomendadas pelas principais entidades que vêm tratando das questões de qualidade assistencial e da segurança do paciente<sup>(1,5,13)</sup>, que recomendam a adoção de pelo menos dois elementos identificadores para o paciente, o hospital discutiu e revisou seu processo de identificação, adotando em sua política o nome completo do paciente e seu número de prontuário como elementos identificadores. A instituição assumiu a conferência obrigatória desses identificadores, por parte dos profissionais de saúde, antes de proceder aos cuidados de maior risco (como administração de medicamentos, sangue e hemocomponentes, antes das coletas de sangue e outras amostras para exames, antes de procedimentos invasivos e outros tratamentos), a partir de janeiro de 2013.

Desde então, foi desenvolvido e adotado um novo indicador de qualidade assistencial e de segurança do paciente para avaliar a adesão dos profissionais a este novo processo. Esse indicador buscou medir a conformidade da verificação da identificação do paciente, contida na pulseira, antes dos momentos de cuidado. O mesmo foi mensurado através de entrevistas com os pacientes internados, nas 17 unidades de internação abertas do hospital, quando foi questionada a percepção que o paciente, ou familiar/acompanhante, teve em relação à verificação de sua pulseira, por parte dos profissionais, antes da realização dos cuidados de maior risco, como administração de medicamento, coleta de sangue, entrega da dieta ou procedimentos invasivos. O número de respostas "Sim" estabeleceu o percentual de adesão dos profissionais à rotina de conferência da identificação.

Para a coleta das informações do indicador foram entrevistados diariamente 18 pacientes internados nas unidades de internação abertas de pacientes adultos e pediátricos. Os pacientes foram alocados aleatoriamente para a entrevista e a cada dia eram entrevistados pacientes em duas unidades de internação. Nas unidades pediátricas a entrevista se realizou com os pais ou acompanhantes das crianças internadas.

A amostra foi calculada considerando 40% de adesão à verificação da identificação, que era a prevalência observada no segundo semestre de 2012, antes da implantação do indicador. O erro permitido foi de 5%. Para a amostra ser significativa, deveriam ser entrevistados 306 pacientes ao mês, ou 18 pacientes ao dia.

Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente de duas unidades por dia (nove pacientes de cada unidade), conforme escala fixa, de forma que cada unidade fosse visitada o mesmo número de vezes no mês. A escolha dos pacientes entrevistados se deu da seguinte forma: o total do número de pacientes elegíveis foi dividido por 9 e o número inteiro do resultado foi escolhido como primeiro paciente. Este foi o primeiro a ser entrevistado; o seguinte era o nono paciente após, considerando-se a ordem crescente dos leitos com os pacientes elegíveis na unidade, e retornando-se ao primeiro leito da unidade quando a numeração terminava, e assim por diante, até chegar-se ao nono paciente. Se algum dos pacientes escolhidos não estivesse no leito, ou estivesse incapacitado de responder e sem acompanhante que pudesse informar, foi escolhido o paciente do próximo leito, mas a escolha do seguinte seguiu a ordem numérica inicial.

Foram entrevistados os pacientes internados há mais de 24 horas no hospital, ou seus familiares/acompanhantes. Sendo considerados critérios de exclusão: pacientes internados há menos de 24 horas, pacientes em isolamento ou portadores de alguma restrição de contato, pacientes sem condição de se comunicar ou sem familiares/acompanhantes no momento da entrevista.

Ao realizar a entrevista, o pesquisador informou o objetivo do questionário e garantiu o sigilo das informações, solicitando verbalmente o consentimento dos pacientes e familiares/acompanhantes para participar na entrevista.

Ao final da entrevista, o pesquisador informou ao paciente que a verificação da pulseira se trata de uma ação de segurança para que o paciente certo receba o tratamento a ele destinado corretamente. Este retorno foi sempre dado no sentido de educar o paciente a colaborar com esta ação de segurança, o que também é preconizado pela *Joint Commission International*<sup>(4-5)</sup>.

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, armazenados no *software Microsoft Excel for Windows*® e transferidos para o sistema informatizado Gestão Estratégica e Operacional – *Strategic Advisor*, no módulo *Performance Manager*, que apresenta todos os indicadores estratégicos e operacionais do hospital. Os dados são armazenados no indicador denominado Taxa de Adesão dos Profissionais à Verificação da Pulseira de Identificação do Paciente. Fizeram parte da amostra 6.201 sujeitos, pacientes internados ou familiares/acompanhantes dos mesmos.

A análise dos resultados foi realizada através de estatística descritiva, obtendo-se os percentuais no indicador nos diferentes períodos de coleta dos dados para todo o hospital. Durante o acompanhamento do indicador, implementaram-se estratégias educativas e ações gerenciais para melhorar os resultados obtidos.

A primeira estratégia foi uma campanha institucional educativa, com a produção de um vídeo, de cartazes e fol-

deres em relação às seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, propostas pela *Joint Commission International*, que ocorreu em abril de 2013.

A segunda ação foi a elaboração de um curso na modalidade de Ensino a Distância (EaD), que incluiu a apresentação do vídeo produzido no primeiro momento e que demonstrou todos os processos que envolvem as seis Metas, bem como procedimentos dos profissionais para a que as Metas sejam cumpridas, otimizando a segurança do paciente e a qualidade dos processos. Esta ação ocorreu em outubro de 2013.

A terceira estratégia foi a elaboração e disponibilização de um curso, na modalidade EaD, específico sobre o processo de identificação, intitulado "Identificação Correta do Paciente Como Medida de Segurança". Este curso foi disponibilizado para todo o público-alvo do hospital a partir do mês de maio de 2014, sendo incorporado na matriz institucional de capacitação. O mesmo é elencado como obrigatório para todos os profissionais de enfermagem, nutrição, fisioterapia, coletadores e profissionais técnicos de áreas de exames, que são as categorias profissionais diretamente envolvidas na prestação dos cuidados que devam envolver a ação de conferir a identificação previamente, como exemplo, administração de medicamentos, sangue, dietas e antes de proceder coletas/execução de exames.

Nesse curso em EaD, utilizaram-se casos publicados na mídia e disponíveis nas páginas da Internet. Foram selecionados cinco casos sobre: troca de corpos no necrotério do hospital; troca de medicações de pacientes na unidade de emergência; bebês trocados em maternidade; troca de exames de pacientes com nomes semelhantes; troca de pacientes no momento da transfusão de plaquetas. Estes casos da mídia foram agrupados e editados para apresentação em formato de vídeo. Utilizou-se o *software Flash Player* para a animação, e todos os dados de identificação das instituições foram apagados, de forma a evitar a exposição, mesmo sendo casos públicos.

Além dos casos da mídia, foram apresentados mais quatro casos descritivos, reais ou fictícios, sobre erros relacionados a falhas de identificação. Em sequência realizou-se uma reflexão sobre os casos, perguntando aos profissionais se, na opinião deles, casos semelhantes poderiam ocorrer no hospital. Após essa etapa, foi incluída uma questão de múltipla escolha sobre qual a principal barreira que deveria ter sido implementada para evitar que os erros acontecessem.

Da metade até o final do curso, é apresentado conteúdo teórico acerca do processo de identificação do paciente, que envolve desde a conferência da identidade do paciente no momento de admissão do mesmo, confirmação da identificação e colocação da pulseira com os identificadores e o processo de conferência dos identificadores, ressaltando a obrigatoriedade desta conferência antes de

proceder aos cuidados de maior risco. A conclusão do curso e aprovação do profissional se dá por meio de um teste, onde o profissional responde a três questões relativas ao conteúdo teórico apresentado no curso.

A proposta do estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número nº 14-0478, respeitando-se as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>(14)</sup>.

## ■ RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o desempenho do indicador institucional, durante o período estudado, incluindo a indicação do início das três ações educativas desenvolvidas.

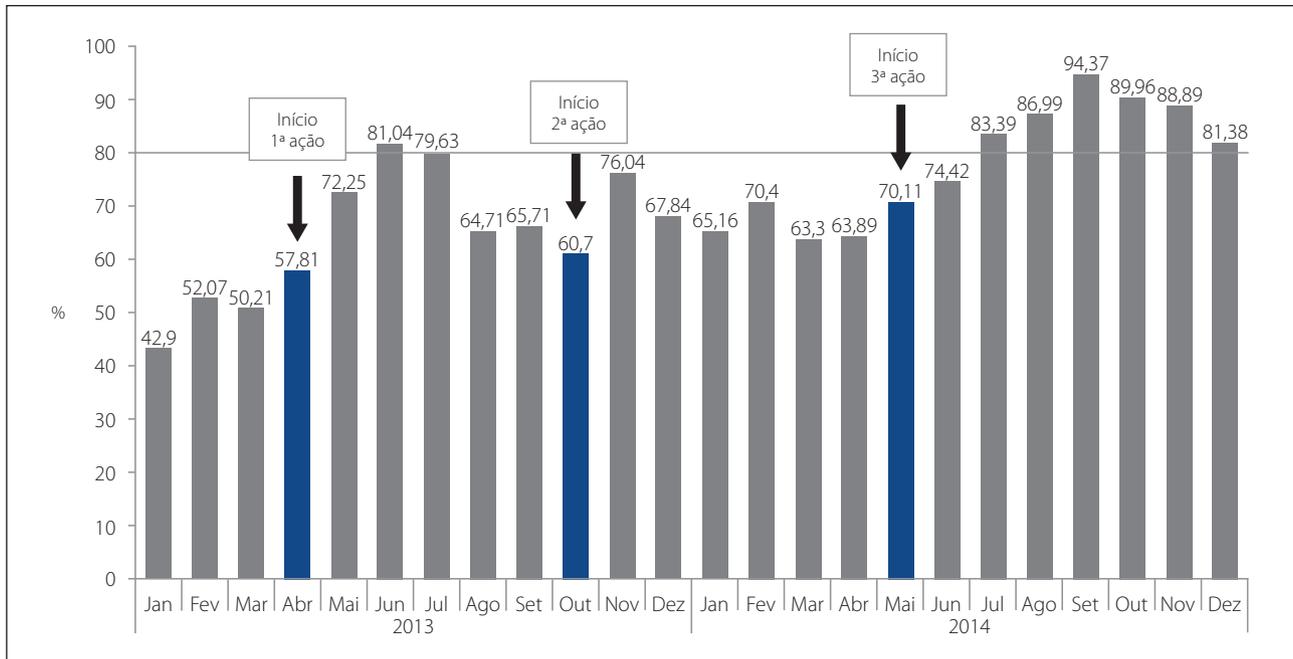
Os resultados do indicador demonstraram que, no início da nova rotina, a adesão dos profissionais era extremamente baixa. No mês de janeiro de 2013, quando a rotina passou a ser implementada, a adesão era de 42,90%. Nos meses subsequentes, aumentou para em torno de 50%.

Após implementação da primeira ação educativa, iniciada em abril de 2013, foi verificada melhora na adesão dos profissionais ao processo de verificação. No mês maio, observou-se uma adesão ao processo de 72,95%, atingindo um pico de 81% em junho, sendo este o único resultado do ano de 2013 que superou a meta estabelecida, que é de 80%.

No mês de agosto a taxa voltou a ter queda, ficando em torno de 65%. Em novembro de 2013, após a segunda ação educativa, observou-se uma adesão de 76% ao processo de identificação dos pacientes.

No primeiro quadrimestre de 2014, verificou-se que em média o resultado permaneceu em 65% de adesão. Em maio de 2014, após a implantação da terceira estratégia educativa, os resultados do indicador passaram a uma crescente melhoria, até superar a meta estabelecida de 80%. O curso em EaD atingiu, em dez meses, um total de 4.719 pessoas, de um público total de 6.727 (70,15%), considerando-se o público obrigatório e não obrigatório. Do público-alvo, considerando somente os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que totalizam 1851 profissionais, realizaram o curso de EaD 1675 (90,49%) profissionais de enfermagem.

Nos meses de maio e junho, verificou-se que o resultado do indicador de adesão dos profissionais ao processo continuava inferior à meta estabelecida de 80%, atingindo o resultado de 70,11% e 74,42%, respectivamente. Gradativamente, à medida que os profissionais foram concluindo o curso, os resultados do indicador passaram a superar a meta, atingindo o pico de 94,37% em setembro de 2014. Após a introdução do curso, a adesão dos profissionais ao processo permanece superior à meta estabelecida.



**Figura 1** – Resultados do indicador “Taxa de Adesão ao Uso da Pulseira de Identificação”, no ano de 2013 e 2014, Porto Alegre, RS

Fonte: Dados da Pesquisa.

## ■ DISCUSSÃO

As diretrizes de implantação da meta de identificação correta dos pacientes recomendam que as instituições adotem métodos uniformes para identificar seus pacientes, como pulseiras de identificação, com o mínimo de dois elementos identificadores. Além disso, deve ser difundido seu uso e assegurada a verificação das mesmas antes dos procedimentos de maior risco, principalmente antes da administração de medicamentos, de sangue e hemocomponentes, coleta de amostras, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos<sup>(1,4,6)</sup>.

Além de implantar novas rotinas e protocolos para aumentar a segurança dos pacientes internados, é importante desenvolver estratégias de apoio educacional e ações gerenciais de acompanhamento para sustentar práticas seguras e baseadas em evidências.

Nesse sentido, entende-se que o envolvimento dos profissionais e o comprometimento dos gestores são fundamentais, pois a utilização acrítica dos conhecimentos científicos ou implementação parcial de protocolos nas instituições de saúde, sem o envolvimento dos profissionais, faz com que não se obtenha a segurança e qualidade almejadas, podendo incorrer em riscos à saúde dos pacientes e dos profissionais<sup>(15)</sup>.

A análise e acompanhamento do indicador de adesão à verificação da identificação do paciente demonstrou uma tendência de aumento do percentual, passando, ao longo do período estudado, de 42,9% a 57,8% entre janeiro e abril

de 2013, para 81,38% a 94,37% entre setembro e dezembro de 2014. Esse resultado foi obtido mediante esforços empreendidos de fortalecimento da cultura de segurança na instituição, o que culminou com a revisão de processos e adoção de protocolos para prevenir eventos adversos, entre eles as falhas na identificação de pacientes, as quais podem levar a erros de administração de medicamentos e dietas, exames coletados incorretamente e erros em procedimentos cirúrgicos ou hemoterápicos, entre outros.

Estes achados são corroborados por estudos que destacam a importância da adoção de estratégias de sensibilização e educação da equipe, buscando uma implantação de novas práticas de maneira colaborativa e construtiva, destacando-se que a participação da enfermagem é fundamental para a redução de falhas na identificação do paciente e para consolidar um atendimento com qualidade e segurança<sup>(16-17)</sup>.

As estratégias educativas são mecanismos centrais para a difusão e comprometimento com a cultura de segurança, assim como para a introdução de novas práticas e procedimentos que possam se converter em barreiras para as falhas nos processos<sup>(18)</sup>. Destaca-se que, no último curso em EaD, voltado especificamente para a identificação do paciente, optou-se por iniciar a apresentação com a problematização acerca do que as falhas na identificação do paciente podem causar, alertando os profissionais de que a simples conferência dos identificadores do paciente contidos na pulseira pode evitar uma série de eventos adversos.

A recomendação do uso de exemplos realísticos e situações da prática cotidiana dos profissionais e estudantes de saúde é considerada um princípio educacional essencial para melhorar os resultados de segurança dos pacientes. O uso de fatos reais ajuda a dar significado e favorece a aprendizagem para melhorar os ambientes de cuidado<sup>(19)</sup>.

É importante destacar que, apesar da intensificação de medidas para a identificação de pacientes, estudo inglês indica que o uso de pulseiras de identificação é amplamente recomendado, mas ainda é pouco estudado, as pulseiras não estão sendo bem usadas em todo o seu potencial para prevenir eventos adversos aos pacientes, porém o seu uso na prática ainda necessita ser investigado<sup>(20)</sup>.

## ■ CONCLUSÕES

A revisão dos processos e implantação de um novo protocolo, ancorado em estratégias educativas e ações gerenciais, demonstrou uma gradativa melhora na adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente antes da prestação de cuidados. Esta melhora na adesão foi verificada justamente quando houve campanhas educativas e de reforço da nova rotina, incluindo um curso em EaD, onde foi enfatizado para os profissionais que a adesão é uma questão de segurança para o paciente e para o profissional que presta o cuidado.

As medidas educativas, como forma de reforço da rotina estabelecida para identificação dos pacientes, são fundamentais para a consolidação das práticas, otimizando a segurança dos pacientes nas instituições de saúde. No que pese à relevância dos resultados apresentados, os mesmos devem ser considerados levando-se em conta as limitações decorrentes de um delineamento descritivo e transversal em um único hospital, não possibilitando a generalização dos achados.

Estudos complementares, para acompanhamento deste e de outros indicadores, podem indicar fragilidades e oportunidades de melhorias para a segurança dos pacientes.

## ■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH), World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva; 2008.
2. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):136-40.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington, DC: National Academy Press; 2000 [cited 2014 Jun 9]. Available from: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728&page=R3](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R3)
4. Joint Commission International (US). International patient safety goals created. *Jt Comm Perspect.* 2006;26(2):8.
5. Wachter RM. Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff.* 2010;29(1):165-73.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [internet]. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 abr. 02;150(62 Seção 1):43-4.
7. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens S, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New Engl J Med.* 2011;364(11):1037-45.
8. Curran CR, Totten MK. Governing for improved quality and patient safety. *Nurs Econ.* 2011;29(1):38-41.
9. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Wilson RMCL, Weyden MBVD. The safety of Australian healthcare: 10 years after QA-HCS. *Med J Aust* [Internet]. 2005 [cited 2013 Mar 20];182(6):260-1. Available from: [http://www.mja.com.au/public/issues/182\\_06\\_210305/wil10087\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/182_06_210305/wil10087_fm.html)
11. Mendes ACG, Araújo Jr. JLCA, Furtado BMAS, Duarte PO, Santiago RF, Costa TR. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências de Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2009;9(2):157-65.
12. Batalha EMSS. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
13. Norris B, Ranger C. Standardising wristbands improves patient safety: guidance on implementing the safer practice notice (SPN 24, July 2007) and the related information stands approved by the Information Standards Board for Health and Social Care in March 2009 [Internet]. London: National Patient Safety Agency; 2009 [cited 2014 Dec 10]. Available from: <http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=57989&type=Full&servicetype=Attachment>
14. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
15. D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2010.
16. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev Latino-Americana Enfermagem.* 2015;23(1):36-43
17. Neves LAC, Melgaço RMT. A identificação do paciente como indicador de qualidade. *Rev Eletr Acred* [Internet]. 2011 [acesso em: 2015 Jun 08];1(1):88-100. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/17>
18. Lathem T, Malomboza O, Nyirenda L, Ashford P, Emmanuel J, M'baya B, et al. Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi. *Int J Qual Health Care.* 2012;24(6):626-33.
19. World Health Organization (CH). Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva; 2011.
20. Smith AF, Casey K, Wilson J, Fischbacher-Smith D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(5):590-9.

## ■ Endereço do autor:

Melissa Prade Hemesath  
Rua Ramiro Barcelos, 2350, Largo Eduardo Z. Faraco  
90035-903 Porto Alegre – RS  
E-mail: mhemesath@hcpa.edu.br

Recebido: 17.03.2015

Aprovado: 05.08.2015