

# Efetividade da implantação de um ciclo de melhoria na identificação do paciente crítico

*Effectiveness of implementing an improvement cycle in the identification of critically ill patients*  
*Efectividad de la implantación de un ciclo de mejoría en la identificación del paciente crítico*

**Maria Solange Moreira de Lima<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0085-8915

**Kauanny Vitoria Gurgel dos Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4679-1840

**Tâmara Taynah Medeiros da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6481-2150

**Joyce Karolayne dos Santos Dantas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5259-8556

**Sara Cristina Matias de Araújo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1564-3063

**Alyne Kelly de Oliveira Genuino<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7852-1143

**Daniele Vieira Dantas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0307-2424

**Rodrigo Assis Neves Dantas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9309-2092

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal,  
Rio Grande do Norte, Brasil.

## Como citar este artigo:

Lima MSM, Santos KVG, Silva TTM, Dantas JKS, Araújo SCM, Genuino AKO, et al. Effectiveness of implementing an improvement cycle in the identification of critically ill patients. Rev Bras Enferm. 2022;75(6):e20210346. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0346pt>

## Autor Correspondente:

Rodrigo Assis Neves Dantas  
E-mail: [rodrigo.neves@ufrn.br](mailto:rodrigo.neves@ufrn.br)



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa  
EDITOR ASSOCIADO: Mitzy Danski

Submissão: 16-06-2021

Aprovação: 23-03-2022

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a efetividade da implantação de um ciclo de melhoria da qualidade no processo de identificação do paciente crítico em um centro de cuidados intensivos. **Métodos:** Trata-se da implementação de ciclo de melhoria, observacional e de intervenção, utilizando desenho quase experimental, antes e depois, com abordagem quantitativa, em um centro de cuidados intensivos. Foram elaborados sete critérios para avaliação da qualidade do processo de identificação. Os resultados da intervenção foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** A qualidade do processo de identificação apresentou melhoria significativa nos valores referentes ao cumprimento das conformidades nos critérios avaliados. Foi observada significância estatística nas avaliações dos critérios C1, C2, C3, C4 e C6, com aumento nos valores de cumprimento após a intervenção. **Considerações finais:** Evidenciou-se a eficácia do ciclo de melhoria na qualidade do processo de identificação do paciente. Foi possível envolver e estimular a participação da equipe assistencial e melhorar os processos organizacionais.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Sistemas de Identificação de Pacientes; Qualidade da Assistência à Saúde; Melhoria da Qualidade; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the effectiveness of implementing a quality improvement cycle in the process for identifying critically ill patients in an intensive care center. **Methods:** The implementation of an observational and interventional improvement cycle, using a before-and-after quasi-experimental design, with a quantitative approach, in an intensive care center. Seven criteria were developed to evaluate the quality of the identification process. The results of the intervention were subjected to statistical analysis. **Results:** The quality of the identification process showed significant improvement in the values referring to compliance with the conformities in the criteria evaluated. Statistical significance was observed in the evaluations of criteria C1, C2, C3, C4, and C6, with increased compliance values after the intervention. **Final considerations:** The efficacy of the improvement cycle in the quality of the patient identification process was evidenced. It was possible to involve and encourage the participation of the care team and improve organizational processes.

**Descriptors:** Patient Safety; Patient Identification Systems; Health Care Quality; Total Quality Management; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar efectividad de implantación de un ciclo de mejoría de calidad en el proceso de identificación del paciente crítico en un centro de cuidados intensivos. **Métodos:** Implementación de ciclo de mejoría, observacional e intervención, utilizando diseño cuasi-experimental, antes y después, con abordaje cuantitativo, en un centro de cuidados intensivos. Elaborados siete criterios para evaluación de calidad del proceso de identificación. Los resultados de la intervención fueron sometidos al análisis estadístico. **Resultados:** La calidad del proceso de identificación presentó mejoría significativa en los valores referentes al cumplimiento de las conformidades en los criterios evaluados. Observada significación estadística en las evaluaciones de los criterios C1, C2, C3, C4 y C6, con aumento en los valores de cumplimiento posintervención. **Consideraciones finales:** Evidenciado la eficacia del ciclo de mejoría en la calidad del proceso de identificación del paciente. Fue posible involucrar y estimular la participación del equipo asistencial y mejorar los procesos organizacionales. **Descritores:** Seguridad del Paciente; Sistemas de Identificación de Pacientes; Calidad de la Atención de Salud; Gestión de la Calidad Total; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem ganhado cada vez mais evidência em todo o mundo. Considerada uma das dimensões da qualidade em saúde, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução do risco de danos relacionados à assistência em saúde, dentro do mínimo aceitável, sendo amplamente debatida e tornando-se imprescindível para o desenvolvimento de ações que possam garantir uma assistência satisfatória e segura<sup>(1-2)</sup>.

Para melhorar a qualidade da assistência e minimizar os incidentes de segurança, em abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Este preconiza a adequada identificação do paciente para regulamentar o processo de segurança na assistência prestada pelas instituições de saúde e evitar possíveis danos<sup>(3)</sup>.

O erro nesse processo pode ocorrer desde o momento da admissão até a alta hospitalar do paciente, pois fatores podem potencializar os riscos, tais como: nível de consciência do paciente, transferências de leitos ou setor, dentre outras situações. A ocorrência de falhas quando não há identificação, ou esta é realizada incorretamente, pode acarretar danos como administração imprópria de medicamentos ou hemocomponentes e realização de procedimentos inadequados<sup>(3-5)</sup>.

A correta identificação do paciente e o cumprimento das medidas de segurança mostram-se essenciais para que haja restabelecimento da saúde, bem como para evitar e minimizar possíveis intercorrências durante sua permanência na instituição. Assim, a adequada identificação possui grande relevância no cuidado<sup>(6)</sup>. Pacientes que se encontram internados em unidades de terapia intensiva (UTI) são mais suscetíveis à ocorrência de incidentes de segurança, devido à instabilidade da condição clínica, além do maior número de procedimentos a que estes podem ser submetidos<sup>(7)</sup>.

Segundo dados do boletim do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), entre setembro de 2019 e agosto de 2020, ocorreram mais de 10 mil falhas de identificação do paciente<sup>(8)</sup>.

Portanto, buscando-se a melhoria na identificação e minimização das falhas na assistência, é indispensável padronizar a identificação correta, envolver e educar os profissionais. Foi utilizado o Diagrama de Causa e Efeito e a técnica de *brainstorm*, realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente em conjunto com a equipe do hospital, o que tornou possível a identificação das oportunidades de melhoria evidenciadas pelo estudo. Esses esforços ajudarão na qualificação dos profissionais sobre segurança do paciente, permitindo a mitigação de erros na assistência à saúde. Isto posto, tais contribuições justificam a necessidade deste estudo para a implementação do ciclo de melhoria.

Com base nessa problemática, surgiram as seguintes questões de pesquisa: Como implementar um ciclo de melhoria para o processo de identificação do paciente em um centro de cuidados intensivos e quais os resultados após a implementação?

## OBJETIVO

Avaliar a efetividade da implantação de um ciclo de melhoria da qualidade no processo de identificação do paciente crítico em um centro de cuidados intensivos.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN), no ano de 2019<sup>(9)</sup>. Os pacientes e/ou responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Desenho, período e local de estudo

Trata-se da implementação de um ciclo de melhoria interno, observacional e de intervenção, com desenho quase experimental, do tipo antes e depois e de abordagem quantitativa. Os estudos do tipo quase experimental são caracterizados por não possuírem uma amostra aleatória, que é influenciada pelos pesquisadores envolvidos no processo, e são usados na avaliação de cuidados de saúde. Dentre os estudos não randomizados, está incluído o desenho do tipo antes e depois, no qual é feita uma comparação não controlada entre as frequências dos resultados em dois momentos distintos de avaliação; ou, ainda, pode ser uma ação cujos resultados sejam antes e após a realização desta<sup>(10)</sup>.

O estudo foi desenvolvido de novembro de 2019 a dezembro de 2020, no Hospital Rio Grande (HRG), na cidade de Natal, estado do Rio Grande do Norte (RN). Trata-se de um estabelecimento privado, com cerca de mil colaboradores, sendo 420 da enfermagem. Dispõe de 194 leitos, dos quais 56 compõem o centro de cuidados intensivos (CCI), dividido em cinco UTIs — 44 adultos, 10 pediátricos e 2 para hemodiálise.

Os ciclos de melhoria são aplicados seguindo etapas previamente determinadas para testar ciclicamente ações implementadas que devem ser monitoradas e avaliadas<sup>(11)</sup>. Seguiram-se o modelo e normas do *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0 (SQUIRE)*, por apresentar estrutura e descrição dos padrões utilizados nos ciclos de melhoria.

### População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Os receptores do serviço são os pacientes que se submetem à internação hospitalar. Os provedores são todos os profissionais de saúde que prestam assistência na unidade de terapia intensiva. A amostra foi realizada por conveniência considerando o número total de leitos preenchidos das cinco UTIs do CCI durante o período da realização da pesquisa, não havendo nenhum critério de inclusão ou de exclusão, o que totalizou um número de 52 pacientes. Além disso, foram capacitados 160 profissionais de saúde que prestam assistência na unidade de terapia intensiva, sendo: 20 médicos, 20 enfermeiros, 100 técnicos de enfermagem e 20 fisioterapeutas.

### Protocolo do estudo

Seguiram-se as etapas para aplicação do ciclo de melhoria: 1) Identificação e priorização da oportunidade de melhoria; 2) Análise do problema de qualidade; 3) Construção dos critérios

para avaliar a qualidade; 4) Planejamento do estudo para avaliar o nível de qualidade; 5) Intervenção de melhoria dirigida aos critérios mais problemáticos; 6) Reavaliação e registro da melhoria<sup>(11)</sup>. Sobre o período da realização: as Etapas 1, 2 e 3 foram feitas no mês de novembro de 2019; as Etapas 4 e 5, entre os meses de abril a julho de 2020; e a Etapa 6, realizada de outubro a novembro de 2020.

Dessa forma, na Etapa 1, procedeu-se a uma análise das oportunidades de melhoria com a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), por meio da técnica de *brainstorming*. Em seguida, aplicou-se a técnica de grupo nominal e a da matriz de priorização de problemas — esta última apresentou como prioridade a melhoria no processo de identificação do paciente.

Na matriz de priorização, foram identificados os seguintes problemas: melhoria no processo de identificação do paciente, protocolo de quedas, organização do agendamento de cirurgias, dispensação de medicamentos pela farmácia, realização de protocolo de cirurgia segura e dupla checagem na dispensação e administração de medicamentos. Para isso, foram avaliados os seguintes critérios: se o problema afeta muitos pacientes, se representa um risco grave à saúde, se a possível solução depende de esforços internos e se é uma solução barata.

Na segunda etapa, após a seleção da oportunidade de melhoria, encontraram-se as possíveis causas das falhas na identificação do paciente, para dar seguimento ao planejamento da melhoria. Foi utilizado: o *brainstorming* com os membros do NSP, composto por médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista; e o diagrama de causa e efeito (*Ishikawa*), para levantar as possíveis causas para o problema e, em seguida, classificá-las. Visando direcionar melhor as intervenções, essas causas foram agrupadas em seis categorias: Pessoas, Processos, Equipamentos, Materiais, Usuários e Métodos.

Na categoria Pessoas, estabeleceram-se: alta rotatividade da equipe, falta de adesão dos profissionais, ausência de avaliação

contínua pela equipe do setor para reposição. Em Processos: ausência de cultura de segurança, escassez de educação periódica, falta de monitoramento de indicadores. Em Equipamentos: poucas impressoras para emissão das etiquetas, baixo investimento em novos equipamentos, poucos computadores disponíveis para a equipe. Em Materiais: ausência de identificação à beira do leito, pulseira não flexível, etiqueta adesiva permeável. Em usuários: desconhecimento de informações, os pacientes retiram a pulseira, falta de orientação pela equipe da instituição. Em métodos: protocolo desatualizado, desorganização do prontuário, equipe insuficiente para realizar educação permanente em saúde e monitoramento.

Realizou-se, na terceira etapa, uma construção de critérios para avaliar a qualidade, baseando-se em instrumento disponível no serviço e no protocolo de identificação do Ministério da Saúde. Elaboraram-se sete critérios de qualidade relacionados à identificação do paciente, que foram medidos e avaliados antes e após a realização da intervenção, conforme disposto no Quadro 1.

Os critérios foram avaliados quanto à porcentagem de cumprimento, observando-se todos os pacientes internados no CCI em novembro de 2019. Com os dados coletados, foi possível elaborar um plano de treinamento para a equipe com as principais necessidades.

A coleta de dados foi realizada no CCI, sendo dividida em três momentos: uma avaliação inicial antes da intervenção, que ocorreu em novembro de 2019; outra um mês após a intervenção, em outubro de 2020; e, por último, a terceira coleta, dois meses após a intervenção, em novembro de 2020. Após a coleta, na quarta etapa do protocolo de estudo, os dados foram analisados e utilizados para o planejamento da intervenção com foco nos defeitos de qualidade identificados. A quinta etapa consistiu na realização da intervenção baseada em duas linhas estratégicas: organização dos processos de trabalho e intervenção com a equipe, conforme o Quadro 2.

**Quadro 1** – Critérios para avaliar a qualidade técnico-científica da identificação dos pacientes, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019

CRITÉRIOS	EXCEÇÕES	ESCLARECIMENTOS
C1. Presença da pulseira de identificação	Pacientes edemaciados, com ferimentos, restrição e/ou amputação de membros	
C2. Dados legíveis na pulseira		
C3. Pulseira com dados corretos		Nome completo, data de nascimento e/ou número de registro do prontuário
C4. Colocação no membro conforme protocolo	Membros edemaciados, com ferimentos, restrição e/ou amputação	Membro superior direito
C5. Identificação na capa do prontuário contendo, ao menos, dois identificadores		Não utilizar abreviações.
C6. Identificação em todas as folhas presentes no prontuário		Conter nome completo do paciente e pelo menos mais um identificador, como número de registro e/ou data de nascimento.
C7. Identificação à beira do leito		Identificação fixada de maneira visível a todos, contendo ao menos nome completo e data de nascimento. Para a pediatria, é necessário o nome da genitora.

**Quadro 2** – Organização da intervenção de educação permanente implementada após a primeira etapa da coleta de dados, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019

ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO	INTERVENÇÃO COM A EQUIPE
Atualização do protocolo de identificação da instituição; Revisão do Protocolo Operacional Padrão; Proposta de substituição de pulseiras identificadoras; Alterar as placas de identificação à beira do leito e reconfiguração do layout dos <i>displays</i> ; Emissão das placas de identificação via prontuário eletrônico.	Educação permanente, em horários alternados, com os enfermeiros do CCI, expondo os eventos adversos relacionados ao processo de identificação do paciente; Treinamento do Protocolo Operacional Padrão com os enfermeiros, os quais ficaram responsáveis por capacitar e implementar o processo para a equipe.

Além de se apoiar em duas linhas estratégicas, a intervenção também foi estruturada em quatro fases: 1) recrutamento dos profissionais; 2) apresentação e discussão dos documentos institucionais; 3) capacitação em serviço; e 4) recursos de identificação.

Na primeira fase, que consiste no recrutamento dos profissionais, foram realizados cinco encontros com os enfermeiros do CCI, sendo executadas abordagens expositivas dialogadas sobre a importância da identificação do paciente. Foram apresentados os dados da primeira avaliação, para que servissem como situação-problema de partida para as demais fases.

A segunda fase, por sua vez, corresponde à apresentação e discussão dos documentos institucionais, sendo disponibilizados o Protocolo institucional e um Protocolo Operacional Padrão (POP) sobre a identificação correta do paciente, que haviam sido revisados, para leitura e discussão.

A terceira fase refere-se à capacitação em serviço. Nesse contexto, e após os encontros, os enfermeiros realizaram uma educação permanente de suas equipes pautando-se no que havia sido discutido anteriormente. O enfermeiro de cada turno utilizou o POP para debater com a equipe. Assim, as ações ocorreram no período de três semanas, em todos os turnos, para obter o maior número de profissionais possível.

Por fim, a quarta e última fase trata dos recursos de identificação. Paralelamente às atividades educativas, foi enviada à direção uma proposta visando tanto substituir as pulseiras de identificação, pois as que estavam em uso não atendiam à necessidade, quanto adquirir os *displays* destinados à identificação à beira do leito para padronização. Vale salientar que as atividades educativas foram feitas juntamente com o Núcleo de Educação Permanente (NEP) da instituição.

Na sexta etapa do protocolo, foram feitas duas reavaliações após a realização da intervenção, no intuito de verificar se os critérios em análise estavam em conformidade ou não, sendo, a primeira, em outubro de 2020; e a segunda, em novembro de 2020. Assim, utilizaram-se os seguintes critérios: presença da pulseira de identificação, dados legíveis na pulseira, pulseira com dados corretos, colocação no membro conforme protocolo, identificação na capa do prontuário contendo ao menos dois identificadores, identificação em todas as folhas presentes no prontuário e identificação à beira do leito. Também foram feitas observações diretas do paciente, do leito, bem como do prontuário.

### Análise dos dados e estatística

Realizou-se análise descritiva das variáveis por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas (%). Na avaliação da conformidade por critérios analisados, aplicou-se o teste Qui-quadrado

( $\chi^2$ ) considerando nível de significância de 5%. Para analisar o efeito da intervenção, foram estimados os valores de melhoria absoluta e relativa e a significância estatística pelo teste do valor de Z ( $p < 0,05$ ). Os dados de não cumprimento das avaliações foram analisados utilizando um gráfico antes e depois de Pareto, para visualizar a melhoria e priorizar critérios de qualidade.

O Gráfico de Pareto avalia os resultados de não conformidade utilizando dois eixos verticais (o esquerdo, para o número absoluto de casos de não cumprimento; e o direito, para as frequências relativas correspondentes calculadas como percentual em relação ao número total de casos de não conformidade na avaliação); já o eixo horizontal origina um gráfico de barras dos diferentes critérios avaliados, ordenando numericamente, do mais para o menos frequente em não conformidades<sup>(12)</sup>.

### RESULTADOS

Na realização da primeira etapa da aplicação do ciclo de melhoria e identificação dos principais problemas, utilizou-se o *brainstorming* com a equipe do NSP e a matriz de priorização de problemas para determinar a prioridade de melhoria, a qual, nesse caso, foi a identificação do paciente. Para a segunda etapa, na análise do problema e qualidade, adotou-se o *brainstorming* e o diagrama de causa e efeito (*Ishikawa*) para levantar as causas dos problemas e classificá-las em seis categorias: Pessoas, Processos, Equipamentos, Materiais, Usuários e Métodos.

Visando analisar a efetividade dessas ações nas etapas do ciclo de melhoria na identificação do paciente, foi necessário implementar os sete critérios de avaliação supracitados, antes e depois da aplicação, a fim de obter resultados satisfatórios e auxiliar na melhoria da qualidade dos serviços.

A primeira avaliação evidenciou níveis variáveis de cumprimento dos critérios. Dentre os 52 pacientes avaliados, os critérios que apresentaram menor cumprimento foram o C2 e C3. Ainda se destaca o critério C4, que obteve somente 17% de conformidade. No que se refere à identificação no prontuário, o critério C6 atingiu apenas 25% de conformidade, conforme a Tabela 1.

Em relação à quarta etapa, observou-se a necessidade de avaliar os critérios em três momentos: o primeiro, antes da intervenção em novembro de 2019; o segundo, após a intervenção em outubro de 2020; e o terceiro, dois meses após a coleta em novembro de 2020. Depois dessas reavaliações, a qualidade do processo de identificação apresentou melhoria significativa nos valores referentes ao cumprimento das conformidades, ao compararmos os resultados pré-intervenção e pós-intervenção, conforme evidenciado na Tabela 2.

Ao aplicar o teste qui-quadrado, obtiveram-se evidências de diferença estatística significativa das avaliações nos critérios C1,

C2, C3, C4 e C6. Pode-se observar maior percentual de conformidade nos respectivos critérios na primeira e segunda reavaliação, comparadas com a avaliação inicial. O critério C5 já apresentava um alto cumprimento desde a avaliação inicial e o manteve nas demais, logo não houve significância estatística.

A quinta etapa, que consiste na intervenção de melhoria dirigida aos critérios mais problemáticos, foi realizada ao avaliar as oportunidades de melhoria identificadas após a primeira avaliação. Observa-se que os pontos vitais foram a colocação da pulseira no membro conforme o protocolo institucional (C4), identificação em todas as folhas do prontuário (C6), dados legíveis e corretos na pulseira de identificação (critérios C2 e C3, respectivamente), acumulando uma frequência de 76% de todos os defeitos de qualidade, conforme apresentado na Figura 1.

**Tabela 1** – Avaliação inicial do cumprimento de conformidade e não conformidade por critério analisado, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019

Critério	Avaliação inicial	
	Conforme	Não conforme
C1	50,00% (n = 26)	50,00% (n = 26)
C2	32,69% (n = 17)	67,31% (n = 35)
C3	32,69% (n = 17)	67,31% (n = 35)
C4	17,31% (n = 9)	82,69% (n = 43)
C5	98,08% (n = 51)	1,92% (n = 1)
C6	25,00% (n = 13)	75,00% (n = 39)
C7	59,62% (n = 31)	40,38% (n = 21)
Total	100,00% (n = 52)	

A sexta etapa consistiu na reavaliação e registro das melhorias. Para tanto, com base no somatório das falhas de todos os critérios utilizados para avaliação da qualidade na identificação do paciente, foi possível observar 200 não cumprimentos na avaliação inicial e 75 na primeira reavaliação, o que representa uma redução de 125 defeitos de qualidade. E, apesar de ter havido um aumento para 111 na segunda reavaliação, percebe-se uma relevante melhoria. A demonstração dos resultados permite ressaltar uma significativa melhoria dos critérios quando comparada a avaliação inicial com as duas reavaliações. Ressalta-se que a primeira reavaliação apresentou maiores conformidades dos critérios, em detrimento da segunda avaliação, o que indica a necessidade de continuidade na formação da equipe.

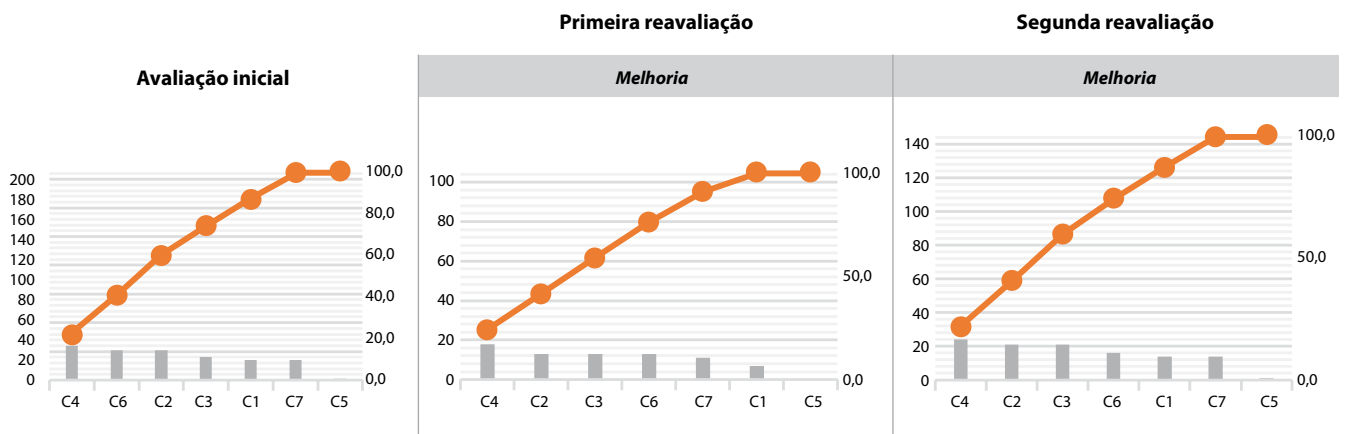
## DISCUSSÃO

Em relação ao critério C1 (Presença da pulseira de identificação), identificou-se na avaliação inicial que 50% dos pacientes possuíam a pulseira, mas apenas 32% apresentavam os dados legíveis e corretos (Critério 2 e 3). Após a intervenção, na primeira reavaliação, 85% dos pacientes estavam com pulseira, e 73% delas encontravam-se com os dados legíveis e corretos.

Um estudo realizado em três UTIs de um hospital de grande porte na Bahia evidenciou que apenas 59% dos pacientes utilizavam a pulseira de identificação, e em somente 37,6% deles os dados estavam legíveis, resultados semelhantes aos encontrados na avaliação inicial<sup>(7)</sup>. Já estudo realizado na Turquia mostrou uma taxa de 84,5% de pacientes identificados com pulseira<sup>(13)</sup>.

**Tabela 2** – Avaliação e reavaliação do cumprimento das conformidades e não conformidades por critério analisado, Hospital Rio Grande, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2019

Critério	Avaliação inicial		Primeira reavaliação		Segunda reavaliação		Valor de p
	Conforme	Não conforme	Conforme	Não conforme	Conforme	Não conforme	
C1	50,00% (n = 26)	50,00% (n = 26)	85,71% (n = 42)	14,29% (n = 7)	73,08% (n = 38)	26,92% (n = 14)	< 0,001
C2	32,69% (n = 17)	67,31% (n = 35)	73,47% (n = 36)	26,53% (n = 13)	59,62% (n = 31)	40,38% (n = 21)	< 0,001
C3	32,69% (n = 17)	67,31% (n = 35)	73,47% (n = 36)	26,53% (n = 13)	59,62% (n = 31)	40,38% (n = 21)	< 0,001
C4	17,31% (n = 9)	82,69% (n = 43)	63,27% (n = 31)	36,73% (n = 18)	53,85% (n = 28)	46,15% (n = 24)	< 0,001
C5	98,08% (n = 51)	1,92% (n = 1)	100,00% (n = 49)	-	98,08% (n = 51)	1,92% (n = 1)	0,620
C6	25,00% (n = 13)	75,00% (n = 39)	73,47% (n = 36)	26,53% (n = 13)	69,23% (n = 36)	30,77% (n = 16)	< 0,001
C7	59,62% (n = 31)	40,38% (n = 21)	77,55% (n = 38)	22,45% (n = 11)	73,08% (n = 38)	26,92% (n = 14)	0,121
Total	100,00% (n = 52)		100,00% (n = 49)		100,00% (n = 52)		



**Figura 1** – Diagrama de Pareto evidenciando a frequência de não conformidades dos critérios de qualidade, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2020

A permanência dessa identificação vai desde a admissão até a alta do usuário pelo risco de ocorrerem diversos erros de assistência durante o seu período de internação, tais como: erros de medicação ou de hemotransfusão, realização de testes diagnósticos ou procedimentos, seja no paciente, seja no lugar errado. A instabilidade dos pacientes críticos em UTI e a quantidade de procedimentos e de dispositivos a que eles são submetidos aumentam a chance de ocorrerem eventos adversos que possam ocasionar a perda de confiança, invalidez do paciente ou o seu óbito<sup>(14)</sup>.

Assim, as falhas na identificação do paciente afetam a assistência à saúde, favorecendo a ocorrência de óbitos, sequelas, negligência, além do sofrimento do paciente, fatores que causam a perda da confiança do paciente no serviço<sup>(15)</sup>. A identificação deve atingir 100% dos pacientes, pois é uma etapa que antecede todos os cuidados prestados pela equipe de saúde. Nesse sentido, o presente estudo apenas obteve melhores resultados após a intervenção, e isso indica que o plano educativo é um fator de mitigação dos incidentes relacionados à identificação do paciente<sup>(16)</sup>.

Estudo que avaliou a percepção dos pacientes sobre a pulseira de identificação demonstrou que nenhum profissional a havia colocado e outros afirmaram que a receberam na admissão, mas a guardavam na gaveta, por desconsiderarem a importância do dispositivo. Assim, fica patente que a equipe de saúde tem papel crucial na identificação e na observação da conservação da pulseira<sup>(17)</sup>.

A ausência da identificação do paciente é apontada por lacunas relacionadas à compreensão do paciente sobre a necessidade da pulseira e de profissionais que atuam para manter e seguir as rotinas de segurança do paciente. Há fatores relacionados ao estado do paciente, tais como edema e amputações de membros, excesso de dispositivos e baixo nível de consciência<sup>(17-18)</sup>. Nessa linha, o paciente deve ser orientado sobre a importância da utilização das pulseiras de identificação, assim como é preciso recomendar a não remoção destas e verificar se elas estão ilegíveis ou desgastadas<sup>(13)</sup>.

A literatura destaca que falhas no processo de identificação do paciente podem gerar danos possivelmente graves, dentre os quais 9% seriam temporários ou permanentes. Ainda, revela que, nos Estados Unidos, 850 pacientes, em média, realizam transfusão de sangue não relacionada a seu tratamento, fazendo com que 3% deles vão a óbito por esse motivo<sup>(4)</sup>.

Destaca-se como fragilidade para o ajuste dos processos, a dificuldade para identificação na UTI pediátrica, pela pouca flexibilidade das pulseiras. Ao avaliar os dados por UTI, não foi possível observar melhoria, visto que, na primeira avaliação, 20% dos pacientes possuíam pulseira de identificação; e, na segunda e terceira avaliação, atingiram 30% e 20%, respectivamente. Após a apresentação dos dados à diretoria, realizou-se aquisição de pulseiras específicas para esse público.

Em estudo realizado na UTI pediátrica de três hospitais no Sul do Brasil, avaliou-se que não havia nenhuma identificação por meio de pulseira, e 98% dos leitos estavam identificados por meio de placas à beira do leito. Também foram encontradas falhas na identificação no prontuário, resultado semelhante ao do presente estudo, demonstrando a vulnerabilidade da segurança para o paciente<sup>(19)</sup>.

Em relação aos critérios C2 e C3, as pulseiras apresentavam as etiquetas de identificação apagadas, o que impossibilitou a legibilidade dos dados e sua confirmação, atingindo, assim, apenas 32% de conformidade. Nesse sentido, deve conter, pelo menos, duas informações relevantes: nome completo, data de nascimento e/ou número de registro<sup>(20)</sup>. Diferentemente dos dados encontrados, pesquisa feita em um hospital universitário da Região Sul constatou que apenas 0,81% das pulseiras mostrou danos de material que impediavam a leitura e garantia dos dados<sup>(16)</sup>.

Identificou-se o desconhecimento dos profissionais quanto ao protocolo institucional e não adesão às práticas de identificação, pois os critérios com maiores não conformidades foram a não colocação da pulseira de identificação no membro conforme o protocolo institucional (C4) e a não identificação nas folhas de prontuários (C6), correspondendo a 21,5% e 19,5%, respectivamente. Dados de estudo realizado em três hospitais no Rio Grande do Norte para verificar a identificação do paciente no prontuário atestam os resultados encontrados, indicando a fragilidade no processo<sup>(4)</sup>.

Quanto ao critério C7 (Uso de placas de identificação à beira do leito), os valores na avaliação pré-intervenção foram de 59% de taxa de conformidade. No entanto, não havia na instituição padronização para estas placas, e cada unidade do CCI havia desenvolvido seu modo individualmente. Após a intervenção, a taxa aumentou para 77%. Em estudo realizado em seis UTIs de São Paulo, 99,47% dos leitos tinham identificação, número superior ao do estudo<sup>(21)</sup>. Todavia, a identificação à beira do leito não deve ser a única forma para a identificação do paciente, devendo ocorrer sequencialmente à checagem da pulseira de identificação, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde<sup>(1)</sup>.

A educação permanente auxilia na segurança do paciente. Pesquisa realizada na Irlanda adotou um programa educativo visando à segurança no controle de medicamentos, composto por três fases. Na primeira, analisaram-se as condutas da organização e políticas para o uso de remédios. Na segunda, realizaram-se entrevistas com especialistas em segurança do paciente para refinar o saber dos profissionais de saúde. Já a terceira fase abarcou um estudo de caso e discussão. No geral, a ação treinou o raciocínio clínico dos profissionais, reduzindo erros na aplicação de medicamentos<sup>(22)</sup>.

A educação é necessária para todos os profissionais assistenciais visando atenuar eventos adversos e melhorar os seus indicadores. Como o enfermeiro é fundamental na construção de práticas seguras, precisa ter embasamento teórico para desenvolver suas ações, reduzir as chances desses eventos e fornecer orientações a respeito da importância e utilidade da pulseira de identificação para segurança do paciente<sup>(23)</sup>. A interdisciplinaridade é importante para a efetividade da educação permanente em saúde, mas ainda há resistência profissional, pois a fragmentação do trabalho prejudica a ação interdisciplinar, refletindo negativamente na cultura de segurança<sup>(24)</sup>.

Destaca-se que o período entre a solicitação e a disponibilização dos *displays* das placas de identificação à beira do leito pela instituição, a substituição das pulseiras de identificação, bem como a ausência de unanimidade na adesão às novas rotinas estabelecidas por parte dos profissionais das UTIs constituíram-se como empecilhos para o avanço da pesquisa.

## Limitações do estudo

Este estudo limita-se a apresentar apenas a realidade de um hospital privado do estado do Rio Grande do Norte. Ainda, ocorreu um recorte temporal na coleta de dados de apenas um ano e presença de uma amostra selecionada por conveniência, a qual pode limitar a generalização dos dados. Por fim, houve dificuldade de se encontrarem estudos e publicações que possuíssem critérios para identificação de pacientes dentro do contexto de cuidados intensivos.

## Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Acredita-se que estudos como este possam contribuir para o aperfeiçoamento do processo de identificação do usuário durante a permanência no ambiente hospitalar, oferecendo informações relevantes para a minimização de falhas na prestação do cuidado e da ocorrência de incidentes, bem como na implementação da cultura de segurança nos serviços de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ciclo de melhoria na qualidade se mostrou efetivo para aprimorar o processo de identificação do paciente. A avaliação inicial evidenciou fragilidades e a necessidade de uma intervenção com foco na educação e reestruturação dos processos institucionais

relacionados à identificação do paciente. Destaca-se o fortalecimento do Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo de Educação Permanente, que conseguiram avigorar o processo e sensibilizar a equipe.

Com este estudo, foi possível melhorar o processo de identificação do paciente na referida instituição, mostrando a eficácia da ação. Nesse sentido, constata-se que estipular rotinas para um cuidado seguro exige investimentos educativos, o que irá ajudar no avanço e formação da cultura de segurança.

As atividades educativas foram essenciais para difundir o protocolo institucional e sensibilizar os profissionais para implementação e adesão ao processo. O apoio das lideranças também foi essencial, sobretudo dos enfermeiros, responsáveis pela discussão do POP com a sua equipe. Apesar da melhoria perceptível, para a sustentabilidade do processo é preciso realizar o monitoramento periódico, a fim de manter essa melhoria e desenvolver pontos frágeis.

## MATERIAL SUPLEMENTAR

Este manuscrito é fruto de uma dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPG QualiSaúde/UFRN) e foi adicionada ao repositório institucional, com acesso pelo link: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32707>.

## REFERÊNCIAS

1. Lemos CS, Cunha KCS. O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 18];11(1):130-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11886/14347>
2. World Health Organization (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report[Internet]. 2009 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>
3. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 26 jul 2013 [cited 2020 Nov 18]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
4. Alves KYA, Oliveira PTC, Chiavone FBT, Barbosa ML, Saraiva COPO, Martins CCF, et al. Patient identification in the records of health professionals. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(1):79-86. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800012>
5. Girard C, Neta AF, Santos DTR, Oliveira JLC, Oliveira RP, Maraschin MS, et al. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. *Rev Adm Saúde*. 2018;18(70):1-13. <https://doi.org/10.23973/ras.70.70>
6. Macedo MCS, Almeida LF, Assad LG, Rocha RG, Ribeiro GSR, Pereira LMV. Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta. *Rev Enferm Ref*. 2017;4(13):63-70. <https://doi.org/10.12707/RIV16087>
7. Oliveira AC, Garcia PA, Nogueira LS. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):679-89. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
8. Ministério da Saúde (BR). Incidentes relacionados à assistência à saúde: resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, setembro de 2019 a agosto de 2020 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Nov 18]. 8 p. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/rio-grande-do-norte>
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União* 13 jun 2013 [cited 2020 Nov 18]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
10. Reeves BC, Wells GA, Waddington H. Quasi-experimental study designs series-paper 5: a checklist for classifying studies evaluating studies evaluating the effects on health interventions—a taxonomy without labels. *J Clin Epidemiol*. 2017;89:30-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.02.016>

11. Saturno PJH. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de localidad en servicios de salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015. 217 p.
12. Saturno Hernández PJ. Análise e apresentação dos dados de uma avaliação: unidade temática 7. In: Saturno Hernández PJ, José Gascón J, Carmen SM, Antón Botella JJ, Gama ZAS. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Natal: SEDIS-UFRN; 2017.
13. Cengiz C, Celik Y, Hikmet N. Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *Int J Health Care Qual Assur.* 2016;29(8):820-834. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>
14. Trindade TVC, Picanço CM, Vieira SL, Batalha EMSS. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: uso de pulseiras de identificação. *Enferm Brasil.* 2019;18(2):225-233. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2309>
15. Tase TH, Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the risk of misidentification of women in a public maternity hospital. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):131-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0134>
16. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015;23(1):36-43. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
17. Silva MMRP, Assad LG, Júnior EFP, De Paula VG, Bessa JHN, Teti TT. Analysis of adherence of patient identification in the medical clinics sector. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019;87(25):1-5. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.188>
18. Tres DP, Oliveira JLC, Vituri DW, Alves SR, Rigo DFH, Nicola AL. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. *Cogitare Enferm.* 2016;21(5):01-08. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.44938>
19. Bernal SCZ, Raimondi DC, Oliveira JLC, Inoe KC, Matsuda LM. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cogitare Enferm.* 2018;23(3):55390. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.53390>
20. Ferguson C, Hickman L, Macbean C, Jackson D. The wicked problem of patient misidentification: How could the technological revolution help address patient safety? *J Clin Nurs.* 2019;28:2365-8. <https://doi.org/10.1111/jocn.14848>
21. Zampollo N, Contrin LM, Beccaria LM, Frutuoso IS, Rodrigues AMS, Wernek AL. Adesão ao protocolo de identificação do paciente e medicação segura. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(10):2667-74. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234885p2667-2674-2018>
22. Browne F, Hannigan B, Harden J. A realist evaluation of a safe medication administration education programme. *Nurse Educ Today.* 2021;97:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104685>
23. Borges AZF, Oliveira BB, Aguir FS, Nitsche AK, Avila JG, Lucca JCP, et al. Monitoramento de conformidades na identificação do paciente em unidades de internação hospitalar. *Braz J Health Rev.* 2021;4(3):11360-11370. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-134>
24. Koerich C, Erdmann AL, Lanzoni GMM. Professional interaction in management of the triad: Permanent Education in Health, patient safety and quality. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>