

## Percepção de colaboradores e riscos à segurança do paciente na distribuição de dietas

### Perception of employees and risks to patient safety in the distribution of diets

### Percepción de los empleados y riesgos para la seguridad del paciente en la distribución de dietas

Recebido: 05/08/2022 | Revisado: 15/08/2022 | Aceito: 17/08/2022 | Publicado: 25/08/2022

#### Mayara Camila de Lima Canuto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9303-5776>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: mayara\_al@hotmail.com

#### Adicineia Aparecida de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1551-1992>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: adicineia@academico.ufs.br

#### Marcia Maria Macedo Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0886-1759>  
Universidade Federal de Sergipe, Brasil  
E-mail: mmm51@gmail.com

#### Resumo

*Objetivo:* caracterizar o perfil sociodemográfico da equipe de uma UAN hospitalar, verificar o nível de conhecimento da equipe em relação aos temas segurança e identificação correta do paciente e diagnosticar o processo de identificação do paciente e distribuição de dietas. *Métodos:* trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, descritiva e transversal, realizado em uma UAN de um hospital público, na cidade de Aracaju, Sergipe, Brasil. Integraram a pesquisa copeiras e lactaristas que foram submetidas a um questionário semiestruturado quanto aos conhecimentos relacionados aos temas Segurança do Paciente e Identificação Correta do Paciente. O diagnóstico situacional foi realizado através da observação das etiquetas de identificação e das bandejas de dietas servidas nas refeições principais, sendo registradas qualquer falha identificada. A ocorrência de quase-falhas foram quantificadas pelo Índice de Quase Erros de Dietas (IQE). *Resultados:* a maioria das participantes respondeu saber a definição de segurança do paciente, no entanto, apenas 53,3% fizeram associação entre o termo segurança do paciente e identificação correta. O IQE identificados foi de 39,3%. *Conclusão:* o presente estudo evidenciou baixo nível de conhecimento das funcionárias quanto ao tema abordado e que as mesmas não utilizavam as orientações na rotina de trabalho, indicando a necessidade de capacitações que abordem o tema para além das noções de boas práticas de manipulação de alimentos. Qualificações periódicas também são indicadas para manutenção e consolidação dos conhecimentos adquiridos.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente; Sistemas de identificação de pacientes; Dieta.

#### Abstract

*Purpose:* to characterize the sociodemographic profile of the team at a hospital FNU, to verify the level of knowledge of the team in relation to the topics of safety and correct patient identification, and to diagnose the process of patient identification and diet distribution. *Methods:* this is a study with a qualitative-quantitative, descriptive and cross-sectional approach, carried out in a UAN of a public hospital in the city of Aracaju, Sergipe, Brazil. They were part of the research but were submitted to a semi-structured questionnaire regarding knowledge related to the themes of Patient Safety and Correct Patient Identification. The situational diagnosis was carried out by observing the identification tags and diet trays served in the main meals, producing any identified failures. The occurrence of near misses was quantified by the Diet Near Error Index (IQE). *Results:* most participants answered knowing the definition of patient safety, however, only 53.3% made an association between the term patient safety and correct identification. The IQE identified was 39.3%. *Conclusion:* this study showed the level of knowledge of the functions regarding the topic addressed and that they did not use the guidelines in their work routine, indicating the need for training that addresses the topic beyond the notions of good food handling practices. Periodic qualifications are also indicated for maintenance and consolidation of acquired knowledge.

**Keywords:** Patient safety; Patient identification systems; Diet.

#### Resumen

*Objetivo:* caracterizar el perfil sociodemográfico del equipo de una UAF hospitalaria, verificar el nivel de conocimiento del equipo en relación a los temas de seguridad y correcta identificación del paciente y diagnosticar el proceso de identificación de pacientes y distribución de dietas. *Métodos:* se trata de un estudio con abordaje cualitativo-cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en una UFA de un hospital público de la ciudad de

Aracaju, Sergipe, Brasil. Participaron de la pesquisa los trabajadores de cocina y lactaristas, quienes fueron sometidos a un cuestionario semiestructurado sobre conocimientos relacionados a los temas Seguridad del Paciente y Correcta Identificación del Paciente. El diagnóstico situacional se realizó a través de la observación de etiquetas de identificación y bandejas de dietas servidas en las comidas principales, y se registró cualquier falla identificada. La ocurrencia de casi fallas se cuantificó mediante el Índice de Casi Errores en la Dieta (IQE). *Resultados:* la mayoría de los participantes respondió conocer la definición de seguridad del paciente, sin embargo, solo el 53,3% hizo una asociación entre el término seguridad del paciente y la identificación correcta. El IQE identificado fue del 39,3%. *Conclusión:* el presente estudio mostró un bajo nivel de conocimiento de los empleados sobre el tema abordado y que no utilizan las directrices en su rutina de trabajo, lo que indica la necesidad de formación que aborde el tema más allá de las nociones de buenas prácticas de manipulación de alimentos. También están indicadas las titulaciones periódicas para el mantenimiento y consolidación de los conocimientos adquiridos.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente; Sistemas de identificación de pacientes; Dieta.

## 1. Introdução

A segurança do paciente é um elemento crucial para a qualidade em cuidados de saúde, sendo definida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Já iatrogenias, ou eventos adversos (EA), correspondem a um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário a um paciente (Runciman et al., 2009). Nos sistemas de saúde, muitos processos são intrinsecamente complicados, multifacetados e, portanto, vulneráveis a erros que podem comprometer a saúde, incluindo grande demanda estocástica, limitação de recursos, pressão de tempo e ausência ou falhas no processo de educação da equipe assistencial (Lippi, et al., 2017).

Nos estabelecimentos de saúde, a cultura de segurança do paciente está relacionada aos valores e comportamentos dos profissionais da instituição, evidenciando o grau de compromisso desta com a qualidade de seus processos. Representa aspectos intangíveis da assistência, que sofrem influência direta da liderança, supervisão e feedback aos integrantes da equipe. Deste modo, o cuidador reconhece sua atividade como parte integrante do cuidado, guiando suas ações de modo a atender as boas práticas da área e fornecendo informações para melhoria contínua dos processos (Galvão, et al., 2018).

O erro humano é inevitável. Deste modo, é importante que ele seja constantemente avaliado de modo a projetar sistemas de saúde mais seguros, mitigando sua frequência, visibilidade e consequências (Makary & Daniel, 2016). Falhas na identificação dos pacientes podem ocorrer em todos os estágios do diagnóstico ao tratamento. Para a segurança do paciente, os requisitos mínimos para a identificação do paciente em um ambiente hospitalar incluem 02 verificações diferentes fornecidas pelo paciente que geralmente incluem o nome do paciente, o número do registro/prontuário ou a data de nascimento (Joint Commission International [JCI], 2021).

Apesar dos erros de identificação do paciente serem convencionalmente relacionados a problemas de qualidade em transfusão de sangue, práticas de administração de medicamentos, procedimentos diagnósticos e erros laboratoriais, a assistência nutricional também deve ser alvo de práticas mais seguras uma vez que falhas na identificação de dietas hospitalares têm o potencial de causar eventos adversos relacionados à nutrição (Cornes, et al., 2019; Kasalak, et al., 2020; Nieuwoudt, 2014). A prescrição de dietas hospitalares é um processo complexo e contínuo, iniciada na coleta de informações no momento da admissão hospitalar, prossegue durante o período de internamento e finaliza com a alta da unidade. Nesse panorama, o fluxo de informações deve ser eficiente para que o paciente receba dieta adequada às suas necessidades nutricionais, bem como possibilite a recuperação de seu estado de saúde (Pedroso, et al., 2011).

As principais situações de risco para erros na distribuição de dietas hospitalares estão relacionadas a transcrição inadequada das informações contidas no mapa de dietas para as etiquetas de identificação, visto que a mesma é realizada por colaborador não técnico (geralmente, copeiros e lactaristas), falta de atenção ao montar as bandejas de dietas e supervisão inadequada do processo (Lobato, et al., 2019). Assim, as trocas de informações durante os processos de prescrição nutricional, produção e distribuição de alimentos devem ser seguras, uma vez que, caso sejam extraviadas ou mal compreendidas, podem

resultar em inadequação da dieta ofertada com o requerimento dietético do paciente internado (Ribas & Barbosa, 2017). Garantir a integridade dos registros de modo a evitar grandes falhas se torna, então, essencial. É importante considerar a perda de informações e ruídos de comunicação oral entre os profissionais – médicos, nutricionistas, enfermeiros, copeiros, etc. –, assim como levar em conta a comunicação escrita, visto que podem ocorrer problemas de entendimento da informação oriundos de caligrafia ilegível (Sampaio, et al., 2019).

A implantação de protocolos para aumentar a segurança dos pacientes internados exige ações de acompanhamento gerencial que sustentem práticas seguras e baseadas em evidências. Deste modo, as Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), exercendo sua responsabilidade na assistência ao paciente, devem contribuir ativamente com o processo de implantação de estratégias que promovam a segurança e a qualidade do cuidado em saúde, transformando práticas profissionais e de organização do trabalho. Para tal, é fundamental qualificar e envolver a equipe nesse processo através de estratégias educativas, de modo a minimizar erros e garantir a segurança do paciente (Hemesath, et al., 2015; Santos et al., 2019).

Deste modo, os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil sociodemográfico da equipe de uma UAN hospitalar, verificar o nível de conhecimento da equipe em relação aos temas segurança e identificação correta do paciente e diagnosticar o processo de identificação do paciente e distribuição de dietas.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem quali-quantitativa, descritiva e transversal, realizado em uma UAN de um hospital público, na cidade de Aracaju, Sergipe, Brasil. As pesquisas qualitativas e quantitativas não se anulam mutuamente mas permitem o entendimento e a valoração de aspectos essenciais a um fato ou fenômeno (Proetti, 2017).

O hospital estudado possui 114 leitos e oferta serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade, incluindo serviços de referência especializados como infectologia, cirurgia bariátrica e hepatologia (Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020). Sua UAN é gerida por uma empresa terceirizada contratada pelo poder público através de processo licitatório e fornece em média 545 refeições por mês, destinadas a pacientes, acompanhantes e colaboradores, incluindo desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia. Desde 2019, foi instituído na unidade o uso de 03 classificadores – nome completo, data de nascimento e número do prontuário, conforme protocolo da instituição hospitalar para identificação das dietas hospitalares.

Integraram a pesquisa 15 colaboradoras, que exerciam a função de porcionamento e distribuição de dietas (copeiras ou lactaristas), dos turnos diurno e noturno, no mês de junho de 2021. As participantes receberam devidas explicações referentes aos objetivos, procedimentos e riscos da pesquisa. Ao assentirem voluntariamente em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo submetidas a aplicação de um questionário semiestruturado, elaborado pelas autoras, quanto aos dados sociodemográficos e questões relacionadas aos temas Segurança do Paciente e Identificação Correta do Paciente. Todas as perguntas foram dicotômicas, com alternativas do tipo “sim” ou “não”, com campo para detalhamento das respostas de acordo com o conhecimento sobre o tema abordado. O anonimato foi preservado através da codificação dos participantes.

Posteriormente, foi realizado diagnóstico situacional através da observação das etiquetas de identificação e das bandejas de dietas servidas nas refeições principais, sendo registradas qualquer falha identificada. A escolha das refeições principais se deu em virtude de sua complexidade e maior número de preparações. Além disso, o tempo gasto para transcrição manual das etiquetas foi contabilizado.

O universo amostral correspondeu a média de refeições produzidas no ano de 2020. A amostragem foi do tipo probabilística, estratificada, com repartição proporcional entre os tipos de refeições. Para obtenção do tamanho mínimo da

amostra, foi utilizado o critério estatístico, sendo definido um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, de acordo com a seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} = \frac{1}{(5\%)^2} = \frac{1}{(0,05)^2} = \frac{1}{(0,0025)} = 400$$

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{33045 \times 400}{33045 + 400} = \frac{13.218.000}{33445} = 395,2 \text{ (395 etiquetas/refeições)}$$

Considerando que:

N – total de etiquetas de identificação de refeições principais;

n – tamanho da amostra;

$n_0$  – uma primeira aproximação para o tamanho da amostra;

$E_0$  – erro amostral tolerável.

Assim, o tamanho mínimo da amostra foi determinado em 400 etiquetas de identificação/bandejas de dietas. Uma vez determinado o tamanho aproximado da amostra, foram obtidos os tamanhos desta por estratos. Neste estudo, a estratificação correspondeu ao tipo de refeição principal servida – desjejum, almoço ou jantar. Para determinar o tamanho da amostra em cada estrato, calculou-se a fração de amostragem por  $f = n/N$ , e o número de elementos a serem sorteados em cada estrato foi obtido a partir da multiplicação deste fator pelo total de cada tipo de refeição produzida no ano anterior (Tabela 1).

**Tabela 1** – Cálculo amostral.

Tipo de refeição (n)	Total de refeições Jan-Dez 2020 (N)	Total amostral
Desjejum	10563	126,75
Almoço	11811	141,73
Jantar	10671	128,05
<b>TOTAL</b>	<b>33045</b>	<b>395,2</b>

Fonte: Elaborado pelos autores.

As falhas identificadas foram utilizadas para elaboração do Índice de Quase Erros (IQE), visto que cada discordância identificada foi corrigida, de modo a evitar a incidência de EAs. O IQE correspondeu ao percentual expresso através da fórmula:

$$IQE = \frac{\text{n}^\circ \text{ de erros observados} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de dietas observadas}}$$

Os dados foram registrados em planilhas no software Microsoft Excel® versão 2013 para Windows, sendo as variáveis numéricas expressas na forma de frequência percentual, médias e desvio padrão. Já a análise descritiva das entrevistas se deu através da Plataforma MaxQDA Analytics Pro® versão 2020 por meio dos métodos Nuvem de Palavras, Codificação de Dados e Conexão entre Códigos.

A pesquisa contou com aprovação do CEP/UFSC, parecer nº4.718.894 e CAAE 43875721.5.0000.5546. Os procedimentos para o desenvolvimento deste estudo respeitam as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo humanos, aprovadas pela resolução nº466 do Conselho Nacional de Saúde (2012). Ressalta-se que todos os participantes receberam devidas explicações referentes aos objetivos, procedimentos e riscos da pesquisa e, ao assentirem voluntariamente em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### 3. Resultados

As características sociodemográficas apresentadas na Tabela 2 mostram que todas as respondentes eram mulheres com média de idade de 40±6 anos. Mais de 80% (n=14) tinha contato direto com os pacientes atuando como copeiras e 66,6% atuavam na profissão há mais de 6 anos. Mais da metade das entrevistadas possuía ensino médio completo (53,3%), enquanto que apenas 13,3% possuía ensino superior incompleto e 6,7% possuía curso técnico.

**Tabela 2** – Características sociodemográficas dos profissionais entrevistados em um hospital público, Aracaju/SE, 2021.

Característica	N (%)
Sexo feminino	15 (100)
Idade (média ± DP)	40 ± 6
Função	
Copeira	14 (86,7)
Lactarista	2 (13,3)
Grau de instrução	
Ensino fundamental	4 (26,7)
Ensino médio	8 (53,3)
Curso técnico	1 (6,7)
Ensino superior incompleto	2 (13,3)
Tempo de exercício	
Até 05 anos	4 (26,7)
06 a 10 anos	5 (33,3)
11 a 15 anos	5 (33,3)
16 a 20 anos	1 (6,7)
>20 anos	0

Fonte: Elaborado pelos autores.

#### 3.1 Percepções das colaboradoras

Durante a leitura dos questionários, foram criados códigos a partir dos termos mais citados pelas colaboradoras como meio de organizar e sistematizar os dados. Os códigos gerados foram: atividades de conferência, prevenção de eventos adversos, identificadores, etiquetas de identificação, cartões e mapas dietoterápicos, prescrição do nutricionista e manipulação de alimentos.

A maioria (93,3%) respondeu saber a definição de segurança do paciente, associando a mesma ao processo de identificação das dietas (50%), manipulação segura de alimentos (14,3%), prevenção de eventos adversos (14,3%), cuidado médico (14,3%) e uma funcionária não detalhou sua resposta. Não foram encontradas associações entre as respostas e o nível de escolaridade dos participantes, cargo ou tempo de exercício na função.

Quanto ao conhecimento sobre o protocolo de identificação do paciente na unidade estudada, 93,3% afirmaram conhece-lo, e 64,3% fizeram associação entre os identificadores – nome do paciente, data de nascimento e número do prontuário. Por meio da ferramenta de análise das conexões entre códigos, verificou-se que os códigos mais associados a identificação do paciente foram atividades de conferência, prescrição do nutricionista, manipulação segura de alimentos e cartões e mapas dietoterápicos.

Os discursos obtidos a partir da pergunta: “Você considera que sua atuação profissional confere segurança ao paciente?” foram analisados através da plataforma MaxQDA Analytics Pro® por meio do método nuvem de palavras, que é uma representação visual da frequência e do valor das palavras (Figura 1). Os termos mais citados foram dieta (n=7), paciente (n=6) e atenção (n=4).

**Figura 1** – Nuvem de palavras sobre a atuação profissional de copa hospitalar.



Fonte: Imagem gerada no programa MaxQDA Analytics Pro®.

Quanto a participação em treinamentos, a maioria afirmou participar dos cursos de capacitação promovidos na unidade, visto que os mesmos são realizados periodicamente. No entanto, quando questionadas sobre cursos que abordassem especificamente o tema “Segurança do Paciente”, nenhuma colaboradora afirmou ter participado.

### 3.2 Diagnóstico situacional

No período do estudo foram checadas 913 refeições/etiquetas de identificação de dietas de pacientes, sendo 127 desjejuns, 509 almoços e 277 jantares. A média de tempo de tempo para transcrição manual das informações contidas nos mapas de prescrição dietoterápicos para as etiquetas de identificação de dietas foi de  $47 \pm 22$  minutos. Quanto as falhas identificadas, o IQE identificados foi de 39,3%.

Durante o estudo, percebeu-se que o trabalho de transcrição de etiquetas, assim como o de porcionamento de dietas, era constantemente interrompido por liberações de dietas (admissões, retornos de exames etc). Além disso, foi observado pouca ou nenhuma supervisão em todo o processo. O tamanho e *lay out* das etiquetas também foi considerado inadequado, uma vez que não permitia a inclusão de todos os dados necessários (identificadores e informações sobre a dieta do paciente).

## 4. Discussão

Mesmo a despeito da maior predominância do gênero masculino em UANs, neste estudo foi encontrada uma maior prevalência do sexo feminino (Arantes, *et al.*, 2020; Azevedo, *et al.*, 2021; Souza, *et al.*, 2018). Segundo Bruschini (2007), as mulheres estão em maior número no setor de serviços e em funções relacionadas às atividades domésticas, além disso a função pesquisada (serviço de copa) e a baixa produção de refeições pode ter contribuído para a maior presença de mulheres, uma vez que demandam menor esforço físico e menor número de funcionários (Nalle *et al.*, 2018).

A média de idade encontrada entre as colaboradoras ( $40 \pm 6$ anos) é semelhante à descrita em outros estudos onde a maior prevalência é do sexo feminino (Azevedo *et al.*, 2021; Vieira & Costa, 2019; Ko & Kang, 2019). Em pesquisas onde o sexo masculino é predominante, a faixa etária média encontrada era mais jovem (Souza *et al.*, 2018; Habiballah, *et al.*, 2017).

Nenhuma das participantes se declarou analfabeta e a maioria das colaboradoras possuía ensino médio completo (53,3%), dado semelhante ao achado por Vieira e Costa (2019). A escolaridade é considerada um fator importante nas áreas de

manipulação de alimentos, sendo associada à segurança alimentar, pois os manipuladores de alimentos precisam entender os protocolos instituídos, bem como registrar suas atividades (Souza *et al.*, 2018). Outro ponto relevante é o dado observado por Oliveira, et al., (2020), onde a maior escolaridade dos manipuladores de alimentos foi associada a maior qualidade de vida, ainda que insatisfatória, refletindo a possibilidade de reconhecimento do processo educativo como facilitador de melhores condições de saúde.

Apesar da maioria das colaboradoras participar de treinamentos periódicos realizados pela instituição, nenhum deles abordou o tema segurança do paciente. Severino *et al.* (2015) avaliaram o impacto das estratégias de educação permanente utilizadas na melhoria do processo de identificação segura em um hospital, sendo observado um incremento de 8% na identificação dos pacientes, 44% na identificação das dietas orais e 89% nas dietas parenterais.

A maior parte das colaboradoras afirmou conhecer o protocolo de identificação do paciente. No entanto, apenas oito (53,3%) fizeram associação entre o termo segurança do paciente e identificação correta, e apenas oito (53,3%) relacionaram o protocolo ao uso de identificadores, demonstrando a necessidade de processos educativos.

Tal fato também pode justificar o alto IQE observado quando comparado a outros estudos similares. Menezes, Nascimento, et al., (2018) verificaram a adequação do almoço servido aos pacientes internados em um hospital público em Salvador/BA, de acordo com a prescrição nutricional. Os critérios avaliados foram: tipo da dieta, consistência, ausência, substituição ou adição de algum item do cardápio. As inadequações identificadas quanto à substituição, adição e/ou restrição de algum item alimentar corresponderam aos erros mais frequentes, representando 35% do total de não conformidades. O tipo de dieta apareceu em seguida correspondendo a 21% das inadequações totais. A quantidade de inconformidades com relação à ausência de algum item do cardápio correspondeu a oito refeições (18%). Seis dietas (14%) fornecidas aos pacientes apresentaram duas ou mais inconformidades, e cinco refeições (12%) apresentaram erros quanto às características.

O indicador de quase erros também foi aplicado em um hospital público em Belém/PA por Lobato *et al.* (2019), sendo encontrado um índice de 8,31% em relação ao total de dietas observadas. Após a implantação de estratégias de gerenciamento de riscos, que incluíram a informatização das etiquetas de identificação de dietas, checagem das etiquetas que por ventura tenham sido transcritas manualmente, reciclagem de copeiros, e modificação do processo de montagem das dietas com supervisão em todo o processo, foi observada uma redução para 2,72%.

Também após a adoção de medidas de intervenção, Fernandes, et al., (2011) observaram uma redução no índice de quase falhas em dietas orais hospitalares de 10,96% para cerca de 0,82%. As medidas incluíram: informatização do mapa de prescrição nutricional da nutricionista e da equipe de copa; reciclagem de copeiros para montagem de dietas; padronização da escrita das etiquetas de identificação; modificação do sistema de distribuição de refeições para centralizado, no qual todas as refeições são montadas na área operacional e conferência de bandejas montadas.

## 5. Conclusão

O presente trabalho apresenta limitações que devem ser levadas em consideração, como o fato de alguns profissionais serem recém contratados na unidade. Além disso, considera-se a cultura das manipuladoras de alimentos como fator de interferência visto que os conceitos e valores são influenciados por hábitos anteriores aos treinamentos. Da mesma maneira, a compreensão das colaboradoras quanto aos itens indagados gerando má interpretação pode ser considerada um fator limitante ao estudo.

Neste trabalho, o nível de conhecimento das colaboradoras quanto a segurança do paciente encontrado foi baixo (apenas 50% delas fizeram associação do termo a correta identificação do paciente). Do mesmo modo, qualificações nesta áreas se mostraram ausentes. Assim, tornou-se evidente a necessidade da realização de capacitações que abordem o tema para além das noções de boas práticas de manipulação de alimentos. Qualificações periódicas também são indicadas para

manutenção e consolidação dos conhecimentos adquiridos. Sugerem-se ainda maior supervisão no processo e melhorias no tamanho e *lay out* das etiquetas de identificação de dietas, de modo a permitir melhor visualização das informações nelas contidas.

## Referências

- Arantes, R. S., Benevenuto, W. C. A. N., Benevenuto Júnior, A. A., Martins, A. D. O., Martins, E. M. F., & Cruz, W. F. (2020). Características sociodemográficas e conhecimentos dos manipuladores de alimentos sobre as Boas Práticas, antes e após treinamento, em uma Unidade de Alimentação e Nutrição. *Alimentos: Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente*, 1(7), 108-125.
- Cornes, M., Ibarz, M., Ivanov, H., & Grankvist, K. (2019). Blood sampling guidelines with focus on patient safety and identification - a review. *Diagnosis (Berl)*, 26(6), 33-37.
- Azevedo, D. I. P. D., Tiburcio, R. G., Marinho, B. L. S., & Binot, M. L. (2021). Perfil demográfico e socioeconômico de manipuladores em uma unidade de alimentação e nutrição na cidade de Juiz de Fora – MG. *R. Assoc. bras. Nutr.*, 12(1), 153-163.
- Bruschini, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. (2007). *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), 537-572. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300003>.
- Fernandes, M. B. R., Pereira, C. A., & Costa, R. P. (2011, abril). Quase-falhas em dietas por via oral. Anais do *Qualihosp 2011*, São Paulo, SP, Brasil.
- Galvão, T. F., Lopes, M. C. C., Oliva, C. C. C., Araújo, M. E. A., & Silva, M. T. (2018). Patient safety culture in a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(e3014). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>.
- Habiballah, M. A., Al-Shakhsheer, F., & Al-Ababneh, M. M. (2017). Restaurant Employees' Food Handling Practices in Irbid City, Jordan. *Journal of Tourism and Hospitality Management*, 5(1), 81-89.
- Hemesath, M. P., Santos, H. B., Torelly, E. M. S., Barbosa, A. S., & Magalhães, A. M. M. (2015). Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Rev. gaúch. enferm.*, 36(4), 43-48. <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/54289/35660>.
- Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2020). Plano diretor estratégico 2021 – 2023. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufs/governanca/gestao-estrategica/pde-2021-2023/pde-2021-2023-revisado-em-27-01-2021-pela-unidade-de-comunicacao-social.pdf/@download/file/PDE%202021-2023%20revisado%20em%2027-01-2021%20pela%20Unidade%20de%20Comunicac%CC%A7a%CC%83o%20Social.pdf>.
- Kasalak, O., Yakar, D., Dierckx, R. A. J. O., & Kwee, T. C. (2020). Patient safety in nuclear medicine: identification of key strategic areas for vigilance and improvement. *Nucl Med Commun*, 41(11), 1111–1116.
- Ko, W. H., & Kang, H. Y. (2019). Effect of leadership style and organizational climate on employees' food safety and hygiene behaviors in the institutional food service of schools. *Food Sci Nutr*, 7(6), 2131–2143.
- Lippi, G., Chiozza, L., Mattiuzzi, C., & Plebani, M. (2017). Patient and Sample Identification. Out of the Maze? *Journal of medical biochemistry*, 36(2), 107–112.
- Lobato, T. A. A., Silva, T. O., Correa, L. S. V. G., Ainet, W. S. O., & Roza, A. K. (2019). Aprimoramento do gerenciamento de riscos na distribuição de dietas hospitalares por via oral. *Nutr. clín. diet. Hosp.*, 39(1), 141-145.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353(i2139). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27143499/>.
- Menezes, R. O. S., Nascimento, L. J., Câmara, P. P. C., & Souza, U. H. (2018). Estudo da adequação de refeições servidas a pacientes em hospital de referência na cidade de Salvador, BA. *Higiene Alimentar*, 32(276/277), 37-42.
- Nalle, G. S., Vieira, P. M., Sousa, A. A., Pacheco, E. A. C., Aragão, A. S., & Dutra, F. C. M. (2018). Qualidade de vida de manipuladores de alimentos em restaurantes industriais. *REFACS*, 6(Supl. 2), 581-590. <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3128>.
- Nieuwoudt, C. (2014). Patient safety and nutrition: is there a connection? *South African Journal of Clinical Nutrition*, 27(3), 102-105.
- Oliveira, S. P. F. P., Ferreira, A. M. M., & Teixeira, G. M. (2020). Qualidade de vida no trabalho de manipuladores de um serviço de nutrição hospitalar em Maceió - AL. *REAS*, 50(Supl 50), e3498. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3498>.
- Pedroso, C. G. T., Sousa, A. A., & Salles, R. K. (2011). Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para o atendimento humanizado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 1155-1162.
- Proetti, S. (2017). As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen*, 2(4). <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>
- Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União 2012 Jun 13. <http://bit.ly/1mTMIS3>.
- Ribas, S., & Barbosa, B. (2017). Adequação da dieta hospitalar: associação com estado nutricional e diagnóstico clínico. *Revista HUPE*, 16(1), 16-23.

Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*, 21(1), 18-26.

Sampaio, G. M. C., Spinillo, C. G., & Bueno, J. (2019, novembro). Indicação de problemas no processo de prescrição de dietas em hospital público: possibilidades para pesquisa em Design da Informação. Anais do 9. Congresso Internacional de Design da Informação, Belo Horizonte, MG, Brasil, 9.

Santos, T. O. C., Mendonça, X. M. F. D., Moraes, P. M. O., Campos, J. S. P., Campos, M. G. S., Moia, L. J. M. P., & Lima, V. L. A. (2019). Identificação do paciente no fornecimento de dietas por colaboradores de um Serviço de Nutrição e Dietética. *O Mundo da Saúde*, 43(3), 680-700.

Severino, F. G., Chiesa, D., Lima, A. K. G., Gadelha, T. V. A. J., Alves, J. S. M., Silveira, V. A. L., Figueiredo, L. M. L., & Lucena, R. N. (2015, abril). Educação permanente: Ferramenta de melhoria no processo de identificação segura em unidades hospitalares. Anais do *Qualihosp 2015*, São Paulo, SP, Brasil.

Souza, C. V. S., Azevedo, P. R. M., & Seabra, L. M. J. (2018). Food safety in Brazilian popular public restaurants: Foodhandlers' knowledge and practices. *Journal of Food Safety*, 38(5), e12512. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jfs.12512>.

The Joint Commission. (2021) National Patient Safety Goals 2021. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/npsg\\_chapter\\_hap\\_jan2021.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/npsg_chapter_hap_jan2021.pdf).

Vieira, A. C. M., & Costa, T. (2019). Perfil nutricional de manipuladores de alimentos. *Revista Científica*, 1(1). <http://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/218>.