



GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade nas práticas clínicas

Maria Otilia Brites Zangão
Paula Cristina Vaqueirinho Bilro
(Organizadoras)

Atena
Editora
Ano 2022



GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade nas práticas clínicas

Maria Otilia Brites Zangão
Paula Cristina Vaqueirinho Bilro
(Organizadoras)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras

Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade do Estado de Mato Grosso

Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria



Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Edevaldo de Castro Monteiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^o Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^o Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^o Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Renato Jaqueto Goes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas



Governança clínica: promoção da qualidade na prática clínica

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Maria Otília Brites Zangão
Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G721 Governança clínica: promoção da qualidade na prática clínica / Organizadoras Maria Otília Brites Zangão, Paula Cristina Vaqueirinho Bilro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0548-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.481221808>

1. Clínica médica. 2. Médico e paciente. 3. Saúde. I. Zangão, Maria Otília Brites (Organizadora). II. Bilro, Paula Cristina Vaqueirinho (Organizadora). III. Título.

CDD 610.696

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



PREFÁCIO

A obra “Governança Clínica: Promoção da qualidade nas práticas clínicas”, tem como foco principal contribuir para o empoderamento dos profissionais de saúde, na tomada de decisões e na colaboração na Governança Clínica, mediante a apresentação de 6 capítulos que versam a temática sob várias perspetivas.

A obra abordará de forma categorizada pesquisas desenvolvidas por estudantes do Curso de Pós-graduação em Administração de Unidades de Saúde da Universidade de Évora, na Unidade Curricular – Governança Clínica.

A Governança Clínica surge nas unidades de saúde como um processo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, elevando assim os padrões de qualidades das instituições, criando ambientes favoráveis e de excelência para a prática clínica. Partindo dos Pilares da Governança clínica, serão abordados alguns aspetos que conduzem à reflexão e melhoria da prática das instituições de saúde.

A gestão do risco, assim como a segurança dos utentes, emergem como uns dos aspetos fundamentais a ter em consideração na cultura das organizações. O processo de identificação do doente é, assim, essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. No entanto, inúmeros fatores contribuem para a sua não conformidade, o que acarreta erros e eventos adversos, os quais podem ter graves consequências para todos os envolvidos. A colocação de uma pulseira ao doente é uma prática usual, que tem como finalidade contribuir para uma prática clínica segura, isenta de não conformidades a este respeito.

A gestão do conhecimento é essencial, para as organizações de vários setores da economia. Também no setor da saúde, esta questão tem ganhado cada vez mais interesse por parte dos investigadores e dos colaboradores das instituições de saúde, especialmente nas últimas décadas. Desta forma, tem-se vindo a concluir que a gestão do conhecimento, deve ser integrada na estratégia organizacional, pois é um tema multidisciplinar e transversal a várias áreas que compõem as organizações de saúde.

A auditoria clínica configura-se como uma ferramenta de extrema importância para a garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes, do bem-estar dos profissionais que os prestam e também, da eficácia e sucesso das instituições encarregues desses mesmos cuidados de saúde.

A gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros) são vitais para o funcionamento de uma organização. Contudo, destaca-se a gestão de recursos humanos por se considerar aquela que é mais pertinente numa instituição de saúde, envolvendo maior dificuldade na sua execução e a mais pertinente numa instituição de saúde.

Nas últimas décadas, o conceito de “participação do paciente” tem sido proeminente

ao longo do ecossistema de cuidados de saúde, tornando-se algo estratégico a abordar para aumentar a adesão ao protocolo clínico e, como consequência, para melhorar os resultados traduzidos em ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde são dos grupos mais expostos aos chamados fatores de risco psicossociais, dos quais os fenómenos de burnout são dos mais discutidos. Nesta perspetiva, os serviços de Saúde deverão proporcionar não só um ambiente saudável para os seus utentes, como proporcionar locais de trabalho saudáveis para os seus profissionais.

Palavras-chave (DeCS): Gestão do Risco; Segurança do Paciente; Gestão do Conhecimento; Auditoria Clínica; Gestão de Recursos; Gestão em Saúde; Recursos em Saúde; Satisfação dos profissionais de saúde; Participação do doente; Instituições de Saúde; Unidade de Saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Cláudia Sofia Orvalho Mendes Amaro dos Santos

Sílvia de Fátima Garraio Botelho

Dina do Carmo Paulo Drogas

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218081>

CAPÍTULO 2..... 18


GESTÃO DO CONHECIMENTO NO SETOR DA SAÚDE

Ana Judite Santos

Sílvia Leandra Zambujo Caeiro

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218082>

CAPÍTULO 3..... 28

AUDITORIA CLÍNICA: REVISÃO DA LITERATURA


Catarina Cangarato Paixão

Inês Isabel Guerreiro Pinheiro

Maria de Afonso Perdigão

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218083>

CAPÍTULO 4..... 42

GESTÃO DE RECURSOS EM SAÚDE


Ana Isabel Martins da Silva de Oliveira Travassos

Elsa Maria Candeias Garção Pires

Zanilda Andrade Mendes

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218084>

CAPÍTULO 5..... 54


A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA CIRURGIA BARIÁTRICA

André Filipe Rodrigues Pedro Ferreira

Carla Sofia Fadista Godinho Pereira

Maria Otilia Brites Zangão


Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218085>

CAPÍTULO 6..... 64

GESTÃO DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Alice Isabel Rodrigues Galhardo
Ana Margarida Borges Ramalho
Ana Rita Teixeira Frade
Cláudia Isabel Arocha Galego Castelo
Pedro Moura
Afonso Gouveia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218086>

SOBRE AS ORGANIZADORAS..... 77

A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE: UMA RÉVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/06/2022

Cláudia Sofia Orvalho Mendes Amaro dos Santos

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Bloco Operatório
Évora - Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-7873-5558>

Sílvia de Fátima Garraio Botelho

ARS Alentejo - ACES Alentejo Central - USF Matriz
Évora – Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-1753-0908>

Dina do Carmo Paulo Drogas

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Oftalmologia
Évora – Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-4459-9134>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.
Évora - Portugal.
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Centro de Saúde de Montemor – o – Novo, USF Alcoides.
Montemor – o – Novo - Portugal
<https://orcid.org/0000-0003-4490-5680>

RESUMO: Introdução: O processo de identificação do doente é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. No entanto, inúmeros

fatores contribuem para a sua não conformidade, o que acarreta erros e eventos adversos, os quais podem ter graves consequências para todos os envolvidos. A colocação de uma pulseira ao doente é uma prática usual. Objetivo: Descrever a adoção da identificação inequívoca do doente na prestação de cuidados de saúde. Metodologia: Revisão narrativa da literatura, no período de 2017 a 2021, articulada com a nossa reflexão prática, enquanto profissionais de saúde numa instituição hospitalar. A pesquisa foi realizada na Plataforma EBSCOhost, com os descritores “patient safety” e “patient identification systems”. Resultados: Da pesquisa realizada selecionaram-se 7 estudos, os quais, na sua maioria, evidenciaram que o procedimento de identificação do doente através do uso de pulseira é executado com falhas, aumentando a probabilidade de ocorrência de incidentes. Conclusão: É essencial criar estratégias para sensibilizar os profissionais de saúde para a correta execução deste procedimento, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

PALAVRAS-CHAVE: (DeCS): Gestão de Perigos; Gestão da Qualidade; Sistema de Identificação de Pacientes; Segurança do Paciente

THE UNEQUIVOCAL IDENTIFICATION OF THE PATIENT: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT: Introduction: The process of identifying the patient is essential to ensure the safety and quality of care provided in health institutions. However, numerous factors contribute to its non-compliance, which causes errors and

adverse events, which can have serious consequences for all involved. Placing a bracelet on the patient is a usual practice. Objective: To describe the adoption of the unambiguous identification of the patient in the provision of healthcare. Methodology: Narrative review of the literature, in the period from 2017 to 2021, articulated with our practical reflection, as health professionals in a hospital institution. The research was carried out on the EBSCOhost Platform, with the descriptors “patient safety” and “patient identification systems”. Results: From the research conducted, 7 studies were selected, which, in most cases, showed that the procedure for identifying the patient using a wristband is performed with failures, increasing the probability of occurrence of incidents. Conclusion: It is essential to create strategies to sensitize health professionals to the correct implementation of this procedure, to ensure the quality and safety of the care provided.

KEYWORDS: (DeCS): Hazard Management; Quality Management; Patient Identification System; Patient Safety

1 | INTRODUÇÃO

A governação em saúde assume um papel preponderante na organização dos serviços e das unidades prestadoras de cuidados (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE [OPSS], 2009 *apud* FERNANDES, 2014) e diz respeito às ações e aos meios adotados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à proteção da saúde da sua população (DODGSON *et al.*, 2002 *apud* OPSS, 2006). Esta pode ser vista, por um lado, ao nível macro, isto é, a nível sistémico; e, por outro lado, ao nível micro, ou seja, ao nível das organizações que prestam cuidados de saúde, nomeadamente os centros de saúde e os hospitais. Nesta última perspetiva, o conceito de governação clínica assume grande importância (OPSS, 2006).

A governação clínica é um sistema que se baseia numa série de processos através dos quais as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados (FERNANDES, 2014), criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (SANTOS e SÁ, 2010). Para que se verifique qualidade, as organizações devem prestar cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenham em conta os recursos disponíveis e consigam a adesão e a satisfação dos utentes (SATURNO *et al.*, 1990 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas dos utentes e o melhor desempenho possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A segurança constitui uma das principais dimensões da qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Trata-se de um aspeto central da prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (RAMOS *et al.*, 2021).

Nos dias de hoje, e cada vez mais, a prestação de cuidados de saúde envolve, meios humanos e tecnológicos de grande complexidade o que acarreta riscos, incertezas e

insegurança. Estes múltiplos fatores podem originar eventos adversos e erros que podem causar lesões ou danos nos utentes (FRAGATA e MARTINS, 2004 *apud* FERNANDES, 2014), nos profissionais e no desempenho e credibilidade das instituições de saúde (RAMOS *et al.*, 2021). A ocorrência de incidentes pode acontecer em diversos momentos da prestação de cuidados, desde a administração de medicação à utilização de equipamentos médicos e até às falhas do sistema organizacional (AZEVEDO *et al.*, 2020).

A real valorização deste problema surgiu, no ano 2000, após a publicação do relatório americano “To Err is Human” que trouxe ao conhecimento público a existência de erro nos cuidados de saúde (RAMOS *et al.*, 2021) e “que por ano milhares de pessoas morreriam devido a erros nos cuidados prestados, na sua maioria preveníveis, com um enorme impacto em termos de qualidade de vida (...)” (SALES, 2021, p. 2). Além dos danos e consequências para os doentes, os eventos adversos envolvem significativos custos sociais e económicos que não podem ser ignorados (SANTOS, 2017).

Este reconhecimento deu ênfase à importância da segurança dos doentes, como um dos objetivos primordiais em saúde, transversal a todos os contextos de cuidados de saúde e uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2004 criou a Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes, visando a definição a nível global de políticas, padrões de qualidade, normas e a identificação internacional de critérios de excelência (RAMOS *et al.*, 2021).

Em Portugal, “a segurança do doente foi considerada, através do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, como sendo um dos elementos primordiais da qualidade em saúde, evidenciando que todo o cidadão tem direito a receber cuidados de saúde de qualidade” (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [DGS], 2013 *apud* COELHO e RESENDES, 2021, p. 15). Neste âmbito, foi desenhado e publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, o qual se constitui como uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no que respeita à aplicação de boas práticas de segurança (COELHO e RESENDES, 2021). A experiência resultante da execução deste plano, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração PNSD 2021-2026, que tem por “objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, (...), sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 97).

A OMS define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 *apud* MENDES e BARROSO, 2014, p. 198). Nesta ordem de ideias, pode afirmar-se que a gestão do risco constitui um importante instrumento para garantir a qualidade dos cuidados prestados (CAMPOS e CARNEIRO, 2010 *apud*

FERNANDES, 2014), minimizando os riscos associados à prática clínica, na perspectiva dos doentes, dos prestadores de cuidados e da organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Azevedo *et al.* (2020) de modo a existir uma melhoria contínua da qualidade, é necessário realizar uma gestão dos riscos existentes, identificando-os e avaliando-os para posteriormente implementar ações preventivas e avaliar as medidas implementadas. Desta forma, é prioritária a elaboração de programas de gestão de risco clínico e não clínico, a fim de se antecipar e prevenir os erros (FIRMINO-MACHADO *et al.*, 2017).

O risco clínico compreende os riscos associados aos processos de prestação de cuidados e à natureza dos serviços de saúde (e.g. infeção associada à prestação de cuidados, administração de medicamentos...) enquanto o risco não clínico integra os restantes riscos que não decorrem do processo de prestação de cuidados, nomeadamente, o risco de incêndio, acidentes com doentes, pessoal ou terceiros, entre outros (VAZ, 2009 *apud* BERNARDINO, 2017).

A gestão do risco clínico, pretende dar resposta às Políticas Internacionais de Segurança do Doente (SILVA, 2014), as quais incluem uma correta identificação do utente, melhorar a comunicação efetiva, assegurar uma cirurgia segura (local de intervenção, procedimentos e doente correto), melhorar a segurança na administração de medicação, reduzir o risco das infeções associadas aos cuidados de saúde, reduzir o risco de úlceras de pressão e de quedas em doentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2007).

De entre as várias metas e soluções internacionais para a segurança do doente apresentadas pela OMS na Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes, destaca-se a identificação inequívoca do doente (ALMEIDA, 2016), na medida em que se trata de uma das medidas de segurança mais simples (RAMOS, 2021) e que na maioria das vezes, na prática clínica, é subvalorizada, com “a justificação de que já conhecemos muito bem a pessoa que temos à nossa frente, que há excesso de trabalho, falta de recursos ou que a própria situação clínica não o permite” (SALES *et al.*, 2021, p. 209).

A identificação incorreta dos doentes é cada vez mais reconhecida como um problema generalizado nas instituições de saúde, constituindo um risco grave para a segurança dos doentes (NHS, 2021 *apud* SALES *et al.*, 2021). Desta forma, o processo de identificação inequívoca de doentes deve ser considerado “um passo fundamental e indispensável em todo o seu percurso nos cuidados de saúde, seja na admissão, antes da prestação de qualquer cuidado ou mesmo durante a passagem de informação” (SALES *et al.*, 2021, p. 210) e a responsabilidade da sua execução é transversal a todos os profissionais de saúde (VENTURA-SILVA *et al.*, 2020).

A identificação do doente é o processo de “adequar corretamente um doente às intervenções pretendidas e comunicar informações sobre a identidade do doente de forma

precisa e fiável ao longo de todo o continuum de cuidados” (ERCI, 2016 *apud* SALES *et al.*, 2021, p. 209). A correta identificação é um passo muito importante para a segurança do doente em todos os momentos do processo da prestação de cuidados de saúde (SALES *et al.*, 2021). Inúmeras evidências demonstram que a prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação do doente ou a correspondência do doente ao procedimento a que é submetido não sejam devidamente realizadas (SOUZA *et al.*, 2019 *apud* por VENTURA-SILVA *et al.*, 2020). O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou de emergência, potenciam esta situação, e conseqüentemente, a probabilidade de ocorrência de incidentes desta natureza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Da análise global deste tipo de incidentes, são vários os fatores contributivos para erros de identificação do doente, que podem ser agrupados em três dimensões (SALES *et al.*, 2021): (1) Sistema – inexistência de pulseiras de identificação, inexistência de um procedimento interno de identificação do doente, inexistência de norma que alerte para os riscos de juntar no mesmo quarto doentes com nome idêntico, fraca cultura de segurança e inexistência de um dispositivo eletrónico de identificação do doente, através da leitura de código de barras; (2) Profissional – não realização da identificação positiva do doente, falha na confirmação da correta identificação do doente, utilização de informação insuficiente para realização do procedimento, falhas de comunicação na equipa multidisciplinar e ausência da perceção dos riscos inerentes à não utilização de práticas seguras; (3) Doente – reduzida literacia em saúde, pouco envolvimento/educação dos doentes por parte dos profissionais/instituições, problemas cognitivos e sensoriais e pouca consciência sobre os riscos para a sua segurança.

Os erros de identificação estão documentados em vários estudos e relatórios internacionais e são a causa raiz de muitos problemas, com graves conseqüências para todos os envolvidos, nomeadamente, doentes, familiares, profissionais e instituições de saúde (REZENDE *et al.*, 2019 *apud* SALES *et al.*, 2021). O National Health Service, em 2010, evidenciou que, entre fevereiro de 2006 e janeiro de 2007, foram registados 24.382 relatórios de situações incompatíveis com os cuidados à pessoa (VENTURA-SILVA *et al.*, 2020). Contudo, a verdadeira dimensão deste problema, não é conhecida devido à inexistência ou à fraca cultura de notificação de eventos adversos (NEVES e MELGAÇO, 2011 *apud* ALMEIDA, 2016).

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança evidenciam que as possíveis falhas associadas à identificação dos doentes podem resultar em erros de medicação, erros transfusionais, erros na colheita de espécimes para análise, erros em procedimentos cirúrgicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e em procedimentos invasivos, erros de diagnóstico (DGS, 2011).

Neste sentido, a identificação inequívoca do doente é indispensável a uma prática segura (SALES *et al.*, 2021), devendo, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, ser sempre confirmada a identidade dos doentes (DGS, 2011), através de dados fidedignos, como é o caso do nome completo, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo uma prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O número do quarto ou da cama de um doente internado não se considera um dado de identificação fidedigno (WHO, 2007; DGS, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Segundo SALES *et al.* (2021) a identificação positiva e o envolvimento do doente neste processo de identificação são essenciais, sendo que o profissional de saúde deve colocar perguntas diretas ao doente, para que este responda ao que se pretende confirmar (e.g. Qual o seu nome completo? Qual a sua data de nascimento?).

No primeiro contato do doente com o serviço de saúde devem ser recolhidos os seus dados identificativos pessoais, nomeadamente o nome completo, a data de nascimento, o número de utente do SNS, a morada e o contato telefónico. Esta recolha de dados iniciais deve ser efetuada com o suporte de um documento identificativo válido, que possua fotografia atual, de modo a confirmar os dados prestados pelo doente ou pelo seu familiar/representante. Após a recolha de dados identificativos, os mesmos devem ser cuidadosamente inseridos na base de dados da instituição pelo assistente técnico e confirmados pelos diferentes profissionais aquando do contato com o doente (SALES *et al.*, 2021).

Pode acontecer que, numa situação de emergência, o doente não se faça acompanhar do seu documento identificativo e que o seu estado não lhe permita prestar essas informações, pelo que, nestes casos, os serviços administrativos, deverão atribuir um número de episódio específico com a identificação do sexo do indivíduo ou desconhecido e a data e hora de admissão no serviço, para posterior identificação correta, sem prejuízo da informação clínica e cuidados entretanto prestados (SALES *et al.*, 2021).

A identificação do doente, de acordo com o PNSD 2015-2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), deve sempre ocorrer, antes de qualquer intervenção, seja referente ao diagnóstico, ao tratamento (e.g. realização de exames, administração de medicamentos...) ou à prestação de serviços de apoio (e.g. fornecimento de alimentos ao doente...). Além disto, deve-se assegurar a exata correspondência da intervenção a realizar com o doente certo. Desta forma, deve-se, também, verificar a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, de recipientes e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Assegurar a identificação inequívoca do doente, constitui o 5.º objetivo estratégico do PNSD 2015-2020, o que se alinha com a recomendação da OMS no ano de 2007, no sentido da exigência de serem adotadas estratégias nacionais que promovam a normalização de boas práticas nesta área (WHO, 2007).

Como princípio de boa prática, as instituições de saúde devem disponibilizar aos profissionais procedimentos escritos com a descrição dos passos necessários à implementação de uma correta identificação do doente, consciencializando-os para a importância desta medida e para a adoção de práticas seguras (SALES *et al.*, 2021). Para além da implementação, o Ministério da Saúde (2015) destaca, por um lado, a necessidade de auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente nos processos de passagem de turno, transferência ou altas dos doentes; e, por outro lado, as notificações dos incidentes que ocorram na instituição e que esta seja capaz de responder de forma rápida e estruturada por forma a evitar a sua repetição.

A OMS, como estratégias de boa prática nesta área, recomendou a utilização de sistemas com códigos de barras e de pulseiras de identificação de doentes e a realização de formação específica tanto aos profissionais de saúde como aos cidadãos em geral (WHO, 2007). Atualmente, nos hospitais é comum a emissão eletrónica ou o preenchimento manual de uma pulseira identificadora, que será colocada no doente, após confirmação com o mesmo dos dados nela constantes (SALES *et al.*, 2021), o que corrobora o estipulado na Orientação n.º 018/2011 emitida pela DGS (2011, p. 1), “a identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sempre que adequado”, sendo da responsabilidade dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados confirmar que os prestam à pessoa certa (DGS, 2011).

O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança (DGS, 2011). Para HOFFMEISTER e MOURA (2015) *apud* ALMEIDA (2016), a pulseira de identificação configura-se como a principal ferramenta para a correta identificação do doente, por ser de fácil acesso e visualização, ajudando os profissionais de saúde na verificação dos dados inequívocos antes da prestação de qualquer cuidado, e incentivando a identificação positiva do doente. Trata-se de uma importante estratégia para evitar os erros em doentes com alteração do estado de consciência (FASSARELLA *et al.*, 2012 *apud* ALMEIDA, 2016), quer no momento da admissão no serviço de saúde, quer decorrente de agravamento do estado clínico do doente no decurso do internamento (SALES *et al.*, 2021).

Segundo SALES *et al.* (2021) a pulseira é colocada no doente para permitir aos profissionais de saúde confirmar os dados inscritos com a informação prestada pelo próprio doente e a informação existente nas prescrições médicas (e.g. terapêuticas, transfusões sanguíneas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica). “O objetivo é que, se os dados não coincidirem entre si, seja levantado um alerta de que algo não está correto. Esta ‘barreira’ de segurança permite identificar erros (...)” (SALES *et al.*, 2021, p. 214). Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível e a mesma deverá ser retirada do doente, quando este tiver alta, imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde (DGS, 2011).

Nas pulseiras de identificação devem ser colocados, em tinta de cor preta, os dados de identificação inequívoca dos doentes, nomeadamente o nome em maiúsculas, a data de nascimento no formato dia/mês/ano e o número único de processo clínico da instituição. Estas, de acordo com a DGS (2011), devem ser colocadas no pulso do braço dominante do doente e devem ser de cor branca, em material antialérgico, flexíveis e cómodas, sem arestas ou bordos cortantes, resistentes (à água, à tensão e ao calor) e de tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável. Esta padronização das pulseiras de identificação, bem como a informação contida nas mesmas e os processos usados para a confirmação dos dados nos momentos críticos são fundamentais para se melhorar a segurança dos doentes (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009 *apud* VENTURA-SILVA *et al.*, 2020).

No que respeita à pessoa que executa a colocação da pulseira no utente verificam-se algumas discrepâncias, no entanto, o mais comum é ser o enfermeiro que irá proceder ao acolhimento do doente no serviço de saúde, efetuar a colocação da mesma, devendo explicar-lhe o motivo da sua colocação, as suas vantagens e assegurando a confirmação dos dados nela inscritos e o seu consentimento, na medida em que o doente pode recusar a colocação da pulseira, devendo, neste contexto, ser informado sobre os riscos da não colocação da mesma (SALES *et al.*, 2021).

A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a (1) doentes internados nos hospitais ou nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados, (2) doentes em Hospital de dia, (3) doentes submetidos à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (4) doentes submetidos a Cirurgia de ambulatório, e (5) doentes admitidos nos serviços de urgências (DGS, 2011). Pela especificidade de alguns contextos (doentes em internamento crónico psiquiátrico) e de algumas situações clínicas (a nível dermatológico), por vezes, a colocação da pulseira de identificação, como preconizado, não é adequada ou possível (SALES *et al.*, 2021). Nestes casos, “compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas” (DGS, 2011, p. 2), nomeadamente a colocação da pulseira junto da unidade do doente (SALES *et al.*, 2021).

Em ambulatório, nas Consultas Externas dos hospitais ou nos cuidados de saúde primários, não há recurso à utilização de uma pulseira de identificação. No entanto, o reconhecimento positivo da identificação do doente antes da prestação de qualquer cuidado de saúde ou registo continua a ser obrigatório para todos os profissionais em todas as situações e contextos (SALES *et al.*, 2021). De acordo com o PNSD 2015-2020, quanto mais graves puderem vir a ser as consequências para o doente relativamente a uma identificação incorreta, mais normalizados devem ser os procedimentos internos a realizar.

Com efeito, o objetivo é descrever a adoção da identificação inequívoca do doente na prestação de cuidados de saúde, na medida em que se trata de uma prática simples,

segura e essencial para evitar ou reduzir a ocorrência de erros e eventos adversos, melhorando a qualidade, e conseqüentemente, a segurança dos cuidados prestados aos doentes.

2 | MÉTODOS

Foi elaborada uma revisão narrativa da literatura articulada com a nossa reflexão prática, enquanto profissionais de saúde numa instituição hospitalar do SNS.

A recolha de dados realizada em dezembro de 2021, pretendeu responder à questão de investigação, elaborada segundo o acrónimo, PICO: “Será que as instituições de saúde adotam corretamente a identificação inequívoca do doente, na prestação de cuidados de saúde?”

A pesquisa eletrónica de publicações científicas indexadas, foi realizada na Plataforma EBSCOhost, bases de dados CINAHL® Complete, MEDLINE® Complete e MedicLatina, utilizando os descritores validados em DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) “Segurança do paciente”, “Sistema de Identificação de pacientes” com a respetiva correspondência no idioma Inglês (“patient safety”, “patient identification systems”) e interligados através do operador booleano “and”.

A pesquisa procurou identificar documentos produzidos nos últimos cinco anos (de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021). Para além da data de publicação foram considerados como critérios de inclusão: o idioma (Português, Inglês e Espanhol), o tipo de publicação (“Revistas Académicas”) e a disponibilidade (“Texto Completo”).

Obtiveram-se 36 artigos, dos quais, 29 foram excluídos (2 por duplicação e 27 que, após leitura do título e do resumo, se constatou que não tinham implementado na instituição de saúde a colocação da pulseira de identificação, como procedimento que assegura a identificação inequívoca do doente). Neste sentido, a amostra final desta revisão narrativa da literatura é constituída por 7 estudos, que foram selecionados segundo as normas PRISMA (Figura 1).

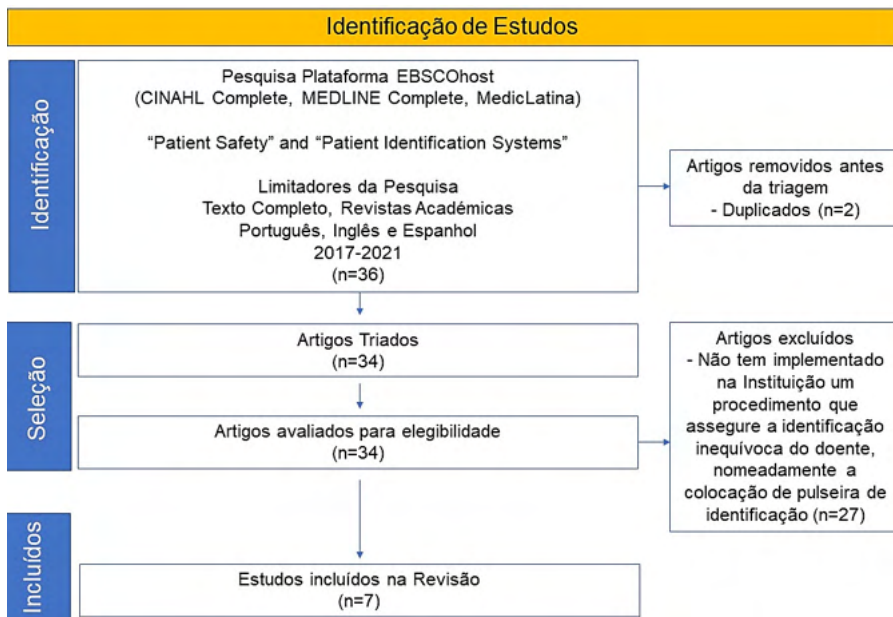


Figura 1. Diagrama de Fluxo PRISMA

3 | RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de seleção dos artigos, obtivemos 7 artigos. A análise e extração de dados foi realizada por dois elementos de forma independente, sendo que um terceiro elemento foi incluído sempre que existiram desacordos entre os dois elementos. Os dados extraídos, estão apresentados na Tabela 1.

Ano	Autores	Título	Objetivo	Método
2021	D'ACUNTO, J., et al.	Detección de Fallas en las Pulseras Identificadoras de Pacientes Internados.	Analisar a percentagem de doentes internados num Hospital da Argentina a quem foi adiada a colheita de sangue para fins analíticos por estarem incorretamente identificados.	Estudo Retrospectivo, com revisão de dados de internamentos do ano de 2019.
2020	GL, M., et al.	Colocación de pulseras identificativas y de grupo sanguíneo en quirófano de ortopedia.	Determinar se é correta a identificação através de pulseiras identificativas e de grupo sanguíneo em doentes submetidos a cirurgia ortopédica no Hospital de Burgos (Espanha).	Estudo descritivo transversal, realizado por observação direta, numa Sala de Cirurgia Ortopédica.
2020	SILVA, R., et al.	Evaluación de la conformidad de utilización de un protocolo para la identificación de pacientes.	Avaliar a conformidade de utilização de protocolo de identificação de doentes num hospital de doenças infecciocontagiosas (internamentos) no Nordeste do Brasil.	Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva, com colheita prospetiva dos dados, realizada entre outubro de 2017 e abril de 2018.
2019	SILVA, R., et al.	Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals.	Analisar o uso de pulseiras de identificação em recém-nascidos internados numa maternidade pública da cidade de Teresina - Brasil com relação à segurança do paciente.	Estudo descritivo. Os dados foram recolhidos por meio da observação e da realização de entrevistas entre Março e Agosto de 2017.
2019	TRINDADE, T., et al.	Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: uso de pulseiras de identificação.	Avaliar o uso da pulseira de identificação em doentes internados em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital geral de grande porte, público e terciário do município de Salvador (Brasil).	Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado em três Unidades de Terapia Intensiva (Cirúrgica, Emergência e Geral) entre setembro de 2017 e janeiro de 2018.
2018	ASSIS, T., et al.	Adherence to the correct identification of the patient by hospital wristband.	Avaliar a adesão à identificação do doente por pulseira pela equipe de saúde e pelos doentes numa Unidade Intensiva de Cardiologia num hospital do Rio de Janeiro (Brasil).	Estudo quantitativo, descritivo e documental.
2017	LEMOS, C. e CUNHA, K.	The use of patient identification in a Hospital Unit.	Indicar as formas de identificação dos doentes (pulseiras) utilizadas no período de internamento numa Enfermaria de um hospital do Rio de Janeiro (Brasil), e como é garantida a sua manutenção.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

Tabela 1 – Descrição dos Artigos selecionados para análise

4 | DISCUSSÃO

Atualmente, como referido anteriormente, nos hospitais é comum a colocação de uma pulseira identificadora no doente (SALES *et al.*, 2021). Trata-se de uma estratégia da identificação inequívoca do doente, a qual integra as recomendações emanadas a nível mundial pela OMS e a nível nacional pela DGS (WHO, 2007; DGS, 2011).

Segundo a DGS, “nos serviços prestadores de cuidados de saúde (...) a identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sempre que adequado” (DGS, 2011, p. 1). É neste sentido, que a instituição hospitalar onde exercemos funções, tem implementado o procedimento de identificação dos doentes, com recurso ao uso da pulseira, no Serviço de Urgência (Geral e Pediátrica) e nos Serviços de Internamento.

No Serviço de Urgência, aquando da realização da Triagem de Manchester, o enfermeiro afeto ao posto de triagem coloca a pulseira identificativa no doente, a qual contém os seus dados pessoais (previamente confirmados no serviço administrativo). Esta pulseira, difere da que é colocada nos Serviços de Internamento, uma vez que é colorida atendendo à prioridade atribuída pelo sistema de triagem.

Caso, o doente necessite de internamento, aquando da admissão no respetivo serviço, a pulseira será substituída por uma de cor branca, que contém o nome do doente em letras maiúsculas, a data de nascimento e o número do seu processo hospitalar. Esta

substituição será da responsabilidade do assistente técnico no horário de funcionamento do trabalho administrativo no serviço e, na sua ausência, será da responsabilidade do enfermeiro. Procedimento idêntico é adotado nos doentes a admitir provenientes do domicílio ou do Serviço de Consultas Externa. As pulseiras de identificação, habitualmente, são colocadas no braço dominante do doente e obedecem às características preconizadas pela Orientação n.º 018/2011 emitida pela DGS.

Esta foi, também, a estratégia implementada nas instituições de saúde, onde foram realizados os 7 estudos que compõem a amostra desta revisão narrativa da literatura (Quadro 1). O uso da pulseira de identificação é apontado, por vários autores, como um método eficiente de identificação do doente e o mais recomendado pela sua simplicidade e aceitação por parte do mesmo (SILVA et al., 2020).

Nos estudos em análise, constatou-se que as características da pulseira são semelhantes às preconizadas no nosso país, nomeadamente a cor (branca), o material constituinte, os dados constantes, entre outros.

Dos 7 estudos que constituem a amostra do presente paper, 2 apenas analisaram a presença de pulseira de identificação. No estudo de D'Acunto *et al.* (2021) verificou-se que 9,8% dos doentes que foram submetidos à recolha de sangue para fins analíticos não possuíam a pulseira de identificação, sendo este valor bastante mais elevado do que o aceite na bibliografia conceituada sobre a temática, que ronda os 0,2%-0,3%. No outro estudo, realizado na sala de cirurgia ortopédica, verificou-se que todos os doentes estavam a usar a pulseira (100%), no entanto, no decurso da cirurgia, por colocação incorreta houve necessidade de a retirar a 27% dos doentes, sendo que os mesmos permaneceram quase uma hora sem que estivessem com a pulseira colocada (GIL *et al.*, 2020).

Ao nível do Bloco Operatório, da nossa prática diária, verifica-se que todos os doentes submetidos a intervenção cirúrgica, se encontram identificados com a pulseira, e que a identificação positiva com envolvimento do doente faz parte do procedimento realizado. Neste serviço está, também, implementado a “Cirurgia Segura”.

Nos restantes estudos em análise, para além de se avaliar a presença da pulseira de identificação no doente, foram analisados os outros aspetos com relação ao protocolo instituído, nomeadamente os dados constantes na pulseira, as características da pulseira e as condições referentes ao seu uso.

No estudo de Silva *et al.* (2020) observou-se que 94% dos doentes internados apresentavam a pulseira de identificação, no entanto, o cumprimento do protocolo relativamente à avaliação das condições de uso da pulseira (e.g. isenta de rasgos...) obteve uma percentagem de conformidade mais baixa (82%). Em relação a este aspeto, num outro estudo analisado (LE MOS e CUNHA, 2017), verificou-se que apenas 5,55% dos profissionais de enfermagem realizavam a manutenção da pulseira (substituindo-a

em caso de necessidade), o que corrobora com o observado na nossa prática diária, na instituição hospitalar onde exercemos funções, uma vez que não é dada a devida atenção a este aspeto. Este estudo evidenciou que 76,6% dos doentes estavam identificados com pulseira, havendo, porém, recurso à utilização de dados não fidedignos na identificação do doente (LEMOS e CUNHA, 2017). De acordo com Trindade *et al.* (2019) a falta de exatidão dos dados contidos nas pulseiras pode vir a causar confusão e aumentar o risco da ocorrência de eventos adversos.

O estudo de Trindade *et al.* (2019) realizado numa Unidade de Terapia Intensiva evidenciou que 41% dos doentes não apresentavam a pulseira de identificação. A percentagem de recém-nascidos que não estavam identificados com pulseira, num estudo realizado numa maternidade pública, foi de 15,4%. Este estudo destaca que, 80,9% dos profissionais de saúde, não realizaram a verificação da pulseira de identificação antes da prestação de cuidados ao recém-nascido (SILVA *et al.*, 2019). A presença da pulseira não dispensa a confirmação verbal e, segundo Kelly *et al.* (2011), *apud* Trindade *et al.* (2019), é necessária a verificação da pulseira, quanto à presença e exatidão dos dados.

Ainda em relação à verificação dos dados contidos na pulseira antes da realização do procedimento, uma percentagem igualmente elevada de profissionais que não realizavam esta verificação (61%) foi encontrada no estudo realizado por Assis *et al.* (2018). Tanto no estudo anteriormente referido, como neste, foi avaliado se os pais dos recém-nascidos e os doentes tinham sido informados sobre o intuito e vantagens da colocação da pulseira, sendo que à maioria, 65% e 90%, respetivamente, não lhe tinha sido transmitida qualquer informação sobre este assunto. O envolvimento do doente neste processo é essencial (SALES *et al.*, 2021). Para GIL *et al.* (2020) os doentes devem ser treinados sobre a importância e relevância de sua correta identificação, envolvendo-os no processo, bem como seus familiares.

No estudo de Assis *et al.* (2018) constatou-se que 100% dos doentes internados na Unidade Intensiva de Cardiologia tinham a pulseira de identificação, no entanto, 26% apresentavam não conformidades na pulseira.

Com exceção de dois estudos, em todos os outros foi verificado um índice elevado de doentes que não estavam identificados com a pulseira de identificação, ou seja, o protocolo de identificação inequívoca do doente, nas instituições onde se desenvolveram os estudos, é praticado com falhas. Tal facto, revela fragilidades do processo, o que pode acarretar a ocorrência de incidentes.

A incorreta identificação do doente é um problema reconhecido mundialmente e uma fonte de erros na prestação de cuidados de saúde, com consequências desastrosas para o doente, profissionais de saúde e instituições de saúde (TASE *et al.*, 2018). Nesta perspetiva, a identificação inequívoca do doente deve ser uma das ações de absoluta prioridade nas instituições de saúde, porém, é algo que, nos dias de hoje, é ainda, desafiador (SILVA *et*

al., 2020), na medida em que esta prática de execução simples (RAMOS, 2021), por vezes, é subvalorizada (SALES et al., 2021).

Desta forma, é imprescindível, que as instituições de saúde desenvolvam e executem programas e protocolos focados na responsabilidade dos profissionais de saúde para a correta identificação dos doentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Tais programas e protocolos devem enfatizar que “em todos os contatos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação” (DGS, 2011, p. 1).

A principal ferramenta para a identificação inequívoca do doente (HOFFMEISTER e MOURA, 2015 apud ALMEIDA, 2016), é o uso de pulseiras de identificação, as quais permitem uma redução de aproximadamente 50% dos erros associados à identificação incorreta dos doentes (MARTINEZ-OCHOA et al., 2010 apud GIL et al., 2020). Apesar disto, verificou-se, nesta análise narrativa da literatura, que os procedimentos não se encontram devidamente implementados, sendo que urge investir nesta área.

5 | CONCLUSÃO

O presente artigo constitui-se como uma mais-valia para um melhor desempenho da nossa atividade profissional, de forma a proporcionar aos doentes uma identificação inequívoca, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a segurança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **A Identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar**. 2016. 138 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde) - Instituto Politécnico de Lisboa, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/7189>. Acesso em: 08 dez. 2021.

ASSIS, T.; ALMEIDA, L.; ASSAD, L.; ROCHA, R.; FASSARELLA, C.; AGUIAR, B. **Adherence to the Correct Identification of the Patient by Hospital Wristband**. Journal of Nursing UFPE Online, Recife, v. 12, n. 10, p. 2621-2627, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a23477p2621-2627-2018>. Acesso em: 08 dez. 2021.

AZEVEDO, L.; SOUSA, A.; COELHO, S. **A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - Revisão integrativa**. Cadernos de Saúde, Lisboa, v. 12, n. 1, p. 2-22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BERNARDINO, M. **Gestão em Saúde – Organização Interna dos Serviços**. 1. ed. Coimbra: Almedina, 2017. 248 p.

COELHO, A.; RESENDES, A. Segurança do doente no contexto da prestação de cuidados de saúde. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 11-18.

D'ACUNTO, J.; KHOURY, M.; PARODI, G.; ESTRADA, G. **Detección de Fallas en las Pulseras Identificadoras de Pacientes Internados**. Revista Medicina, Buenos Aires, v. 81, n. 4, p. 597-601, 2021. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=152778797&lan=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 10 dez. 2021.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Orientação n.º 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde**, Lisboa, p. 1-3, 2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>. Acesso em: 02 dez. 2021.

FERNANDES, A. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde**, Lisboa, p.1-22, 2014. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_7_governacao.pdf. Acesso em: 02 dez. 2021.

FIRMINO-MACHADO, J.; MAGALHÃES, I.; RODRIGUES, J.; RAMOS, V.; BAPTISTA, S.; VILAS-BOAS, B. **Governação de Saúde e Gestão de Proximidade: A Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde**. Acta Med Port, Lisboa, v. 30, n. 6, p. 431-433, 2017. Disponível em: <https://www.actamedicaporuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/8274/5070>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GIL, M.; CAMPO, M.; LUIS, M.; DIEZ, F.; MARTÍNEZ, M. (2020). **Colocación de pulseras identificativas y de grupo sanguíneo en quirófano de ortopedia**. Metas de Enfermería, Madrid, v. 23, n. 3, p. 50-56, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.23.1003081568>. Acesso em: 02 dez. 2021.

LEMONS, C.; CUNHA, K. **The Use of Patient Identification in a Hospital Unit**. Journal of Nursing UFPE On-Line, Recife, v. 11, n. 1, 130–139, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201716>. Acesso em: 02 dez. 2021.

LOURENÇO, I. **O contributo da auditoria interna para a governação clínica e de saúde numa Unidade de Saúde Familiar**. 2018. 209 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) - Universidade do Algarve - Faculdade de Economia, 2018. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/15004/1/PIS%20definitivo.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

MENDES, C.; BARROSO, F. **Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Organização Interna e Governação do Hospitais**. Lisboa, p. 1-48, 2010. Disponível em: <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para a Saúde – Eixo Estratégico: Qualidade em Saúde**. Lisboa, p. 1-11, 2011. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17.pdf. Acesso em: 05 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho n.º 1400-A/2015**. Diário da República, 2.ª série - n.º 28 - 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho n.º 9390/2021**. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 24 de setembro de 2021. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>. Acesso em: 05 dez. 2021.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Relatório de Primavera 2006 – Um ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2006, 217 p. Disponível em: <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>. Acesso em: 05 dez. 2021.

RAMOS, S., SALES, L., & BARROSO, F. Segurança do doente no século XXI. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 2.

RAMOS, S. Desafios para a segurança do doente. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 208.

SALES, L. Segurança do doente: Princípios e Conceitos. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 3-10.

SALES, L., BARROSO, F., & RAMOS, S. Identificação Inequivoca do doente. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 209-216).

SANTOS, J. **O Enfermeiro como promotor da qualidade e segurança nos cuidados – Gestão do erro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) - Politécnico de Leiria, 2017. 102 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/3068>. Acesso em: 05 dez. 2021.

SANTOS, I.; SÁ, E. **Estratégias de Governação Clínica**. Rev Port Clin Geral, Lisboa, v. 26, n. 10, p. 606-612, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10803>. Acesso em: 05 dez. 2021.

SILVA, A. **Gestão de Risco Clínico na Segurança do doente – Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Universidade Católica Portuguesa, 2014. 112 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/16383>. Acesso em: 02 dez. 2021.

SILVA, R.; ROCHA, S.; GOUVEIA, M.; DANTAS, A.; SANTOS, J.; CARVALHO, N. **Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals**. Anna Nery School Journal of Nursing, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0222>. Acesso em: 02 dez. 2021.

SILVA, R.; SANTOS, R.; MENEZES, H.; COSTA, T.; OLIVEIRA, L.; FERNANDES, S.; LIMA, F. **Evaluación de la conformidad de utilización de un protocolo para la identificación de pacientes**. Revista Cubana de Enfermería, Cuba, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=145537200&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 02 dez. 2021.

TASE, T.; QUADRADO, E.; TRONCHIN, D. **Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 1, p. 131-137, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0134>. Acesso em: 02 dez. 2021.

TRINDADE, T.; PICANÇO, C.; VIEIRA, S.; BATALHA, E. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: uso de pulseiras de identificação.** Enfermagem Brasil, Petrolina, v. 2019, n. 2, p. 225-233, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2309>. Acesso em: 05 dez. 2021.

VENTURA-SILVA, J.; CASTRO, S.; SOUSA, S.; ESTEVES, N.; MONTEIRO, M.; RIBEIRO, O. **Identificação do paciente como estratégia de segurança.** Journal of Nursing UFPE On-Line, Recife, v. 14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245056>. Acesso em: 05 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Identification** – Volume 1, Solution 2. 2007. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 dez. 2021.



GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade nas práticas clínicas

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora
Ano 2022



GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade nas práticas clínicas

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2022