



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**

Dissertação de Natureza Científica

**Identificação Inequívoca do Doente: avaliação do
Plano Nacional de Segurança do Doente**

Judite Lopes Constâncio



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**

Dissertação de Natureza Científica

**Identificação Inequívoca do Doente: avaliação do
Plano Nacional de Segurança do Doente**

Judite Lopes Constâncio

Orientadora: Professora Doutora Teresa Maria Ferreira dos Santos
Potra

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

CQS – Comissões de Qualidade e Segurança

DGS – Direção Geral de Saúde

IOM – *Institute of Medicine*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NPSF – *The National Patient Safety Foundation*

OE5 – Objetivo Estratégico nº5

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD 2015-2020 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidades Locais de Saúde

RESUMO

A identificação inequívoca dos doentes é uma problemática atual e de importância vital para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados nas organizações de saúde. O enfermeiro gestor encontra-se numa posição privilegiada para a implementação, supervisão e avaliação de intervenções instituídas para melhorar os resultados obtidos e garantir a excelência profissional.

Para o estudo da temática foi conduzido um estudo quantitativo, observacional, descritivo, retrospectivo e longitudinal, com o objetivo de analisar o cumprimento do Programa Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 referente à identificação inequívoca do doente, em território nacional.

O instrumento de recolha de dados consistiu num formulário disponibilizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) às Comissões de Qualidade e Segurança das instituições de saúde, nos anos compreendidos entre 2015 e 2019 (inclusive). Os dados foram posteriormente codificados, anonimizados e disponibilizados através de uma base de dados em IBM® SPSS® Statistics 25. Realizou-se análise estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão (frequências absolutas, frequências relativas, média, máximos, mínimos e desvio padrão).

Como principais resultados salienta-se que a meta de 95% das instituições com estratégia local para a identificação inequívoca dos doentes esteve perto de ser atingida (91,7%) e os dados apresentam uma tendência crescente. Relativamente às notificações verificou-se um aumento no número de instituições que realiza notificações, no entanto não foi acompanhado pelo aumento do número de notificações realizadas. Em relação às auditorias realizadas neste âmbito, também os dados apresentam uma tendência crescente, realçando-se que os hospitais são as entidades com mais auditorias realizadas.

Palavras-chave: Qualidade dos Cuidados de Saúde; Gestão da Segurança; Segurança do Paciente; Identificação.

ABSTRACT

Adequate patient identification is an important issue, necessary to guarantee the safety and quality of care provided in healthcare organizations. The nurse manager constitutes a privileged position in the implementation, supervision, and evaluation of the interventions necessary for outcome improvement and professional excellency.

For this purpose, a quantitative, observational, retrospective, and longitudinal study was conducted, with the aim of analyzing the compliance with the “Programa Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020” which regards the unequivocal identification of patients in the national territory.

The instrument for collection of data consisted in a form made available by the “Direção Geral da Saúde (DGS)” to the Quality and Safety Committees of healthcare institutions, in the years between 2015 and 2019 (inclusive). Data was later coded, anonymized and made available through an IBM® SPSS® Statistics 25 database. A descriptive statistical analysis was performed with measurement of central tendency and dispersion (absolute frequencies, relative frequencies, mean, maximum, minimum and standard deviation).

As for main results, it was observed the goal of 95% of institutions with an implemented local strategy for the unequivocal identification of patients was close to being reached (91,7%), with data showing an increasing trend. Regarding notifications, there was an increase in the number of institutions performing notifications, although this it was not accompanied by an increase in the total number of notifications made. Regarding the audits carried out in this context, the data also show an increasing trend, and it should be noted that hospitals are the entities with the most audits carried out.

Key-Words: Quality of Health Care, Safety management; Patient Safety; Identification

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Qualidade dos Cuidados	15
1.2. Segurança dos Doentes	18
1.3. Identificação Inequívoca do Cliente	24
1.4. Gestão em Enfermagem	29
2. METODOLOGIA	36
2.1. Questão de investigação e objetivos	36
2.2. Tipo de estudo	37
2.3. Instrumento de colheita de dados	38
2.4. Procedimento de recolha de dados	41
2.5. Tratamento e análise de dados	41
2.6. Considerações éticas	41
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
3.1. Caracterização da Amostra	43
3.2. Avaliação do cumprimento do Objetivo Estratégico 5: “Assegurar a identificação inequívoca dos doentes”	45
3.2.1. Implementação de estratégia local para a identificação inequívoca do doente	46
3.2.2. Notificações de incidentes relacionadas com a identificação inequívoca do doente nas instituições	52
3.2.3. Auditorias internas no âmbito da identificação inequívoca do doente nas instituições	57
4. DISCUSSÃO	63
5. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	
ANEXO I - Pedido de colaboração em Projeto de Investigação	
ANEXO II - Declaração de Sigilo e Confidencialidade	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca do doente.....	46
Gráfico 2 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local de identificação inequívoca dos doentes implementada por ARS entre 2015-2019...	48
Gráfico 3 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por tipo de entidade entre 2015-2019.....	50
Gráfico 4 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por categoria de entidade entre 2015-2019	51
Gráfico 5 – Número total de notificações entre 2015-2019	52
Gráfico 6 – Total de notificações realizadas por ARS entre 2015-2019	54
Gráfico 7 – Total de notificações realizadas por tipo de entidade entre 2015-2019	56
Gráfico 8 – Total de notificações realizadas por categoria de entidade entre 2015-2019	56
Gráfico 9 – Total de auditorias por ano	57
Gráfico 10 – Total de auditorias por ARS entre 2015-2019.....	59
Gráfico 11 – Número total de auditorias por tipo de entidade entre 2015-2019 ...	61
Gráfico 12 – Total de auditorias por categoria de entidade entre 2015-2019.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquematização explicativa do Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde de Mitchell, adaptado de Ferketich e Jennings (1988)..... 16

Figura 2 – Esquematização explicativa da aplicação do Modelo de Organização dos Cuidados de Enfermagem de Dubois et al. (2012)..... 33

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 e respectivas metas para 2020.	22
Quadro 2 – Distinção entre gestor e líder (adaptado de Marquis & Huston, 2017, p.70).....	31
Quadro 3 – Número total de instituições respondentes por ARS entre 2015 e 2019 e respectivas percentagens	44
Quadro 4 – Número total de instituições respondentes por tipo de entidade entre 2015-2019	44
Quadro 5 – Número total de instituições respondentes por categoria de entidade entre 2015-2019.....	45
Quadro 6 – Número total de instituições respondentes que têm estratégia de identificação inequívoca dos doentes implementada entre 2015-2019.....	46
Quadro 7 – Número de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por ARS, entre 2015-2019	47
Quadro 8 – Número de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por tipo de entidade entre 2015-2019.....	49
Quadro 10 – Percentagem de instituições que notificaram por ARS/ano	53
Quadro 11 – Medidas de tendência central e dispersão relativas ao número de notificações por ARS entre 2015-2019.....	55
Quadro 12 – Número total de instituições por ARS e percentagem de instituições que realiza auditorias entre 2015-2019	58
Quadro 13 – Medidas de tendência central e dispersão relativas ao número de auditorias por ARS entre 2015-2019.....	60

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados está estreitamente relacionada com a segurança dos mesmos, uma vez que os cuidados de qualidade assumem-se atualmente como cuidados efetivos, seguros e centrados no cliente (WHO, 2018).

A limitada segurança nos cuidados prestados aos clientes apresenta-se como um grave problema de saúde pública (Conselho da União Europeia, 2009). Desde o ano de 2000, após a publicação de “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” pelo *Institute of Medicine* (IOM), tem-se assistido a um aumento da valorização desta temática na área da saúde. Os dados apresentados na referida publicação davam conta de que 44 000 a 98 000 pessoas morriam por ano nos hospitais dos Estados Unidos da América devido a erros médicos, sendo estes números superiores aos das pessoas que morriam por acidente de automóvel, cancro da mama ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Institute of Medicine, 1999).

Atualmente, a segurança do doente é compreendida como uma estrutura de atividades organizadas para reduzir os riscos de forma sustentável e consistente, reduzir a ocorrência de danos possíveis de evitar, tornar o erro menos provável e reduzir o impacto do dano quando este ocorrer (WHO, 2021).

É reconhecida e comprovada a importância dos enfermeiros e do ambiente da prática dos mesmos, para que sejam prestados cuidados seguros e de qualidade (Kirwan, Matthews & Scott, 2013), uma vez que o enfermeiro se assume como um dos principais atores na defesa da segurança do cliente e o enfermeiro gestor é tido como responsável pela garantia da implementação da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, como defendido pelo “Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020” existem várias áreas de intervenção multidisciplinar em que é necessário haver uma melhoria contínua na segurança dos cuidados de saúde prestados, sendo que na presente dissertação de natureza científica será dado enfoque à identificação inequívoca do doente.

Entende-se a identificação inequívoca do doente como a correspondência correta entre o doente e as intervenções planeadas (ECRI Institute, 2016), sendo

que este processo se inicia no momento de admissão nas instituições de saúde e se prolonga até ao momento da alta. Para garantir o sucesso do processo de identificação dos doentes é necessário incluir o próprio doente, tornando-o parceiro ao longo de todo o processo de cuidar (Cengiz, Celik & Hikmet, 2010; Hemesath, Santos, Torelly, Silveira Barbosa & Magalhães, 2015; Silva et al., 2020).

Para uma melhor compreensão do tema realizou-se uma revisão *scoping* com o intuito de identificar e mapear a evidência científica disponível sobre a identificação inequívoca do doente e a segurança do mesmo no acesso aos cuidados de saúde.

A pulseira de identificação é o método mais barato para a identificação dos doentes, no entanto existem outros métodos, por exemplo, as pulseiras com códigos de barras, a identificação por radiofrequências e a identificação biométrica.

Estão identificados na literatura vários erros e barreiras à utilização de pulseiras no processo de identificação inequívoca dos doentes, como: dados incorretos ou ilegíveis, não utilização das pulseiras durante todo o tempo de permanência na instituição de saúde ou a colocação das pulseiras em sítios de difícil acesso por parte dos profissionais (Cengiz et al., 2010; Hoffmeister & De Moura, 2015; Macedo et al., 2017).

Em Portugal, de acordo com a norma emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS), a identificação inequívoca dos doentes deve contemplar como identificadores: o primeiro e último nome, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição (Direção Geral da Saúde, 2011).

É premente intervir nos processos adjacentes à identificação inequívoca dos doentes, uma vez que se constitui como uma fonte de erros médicos possíveis de prevenir (Lippi, Mattiuzzi, Bovo, & Favaloro, 2017a; Macedo et al., 2017). Devido à constante e veloz mudança nos sistemas de saúde, que obriga os profissionais a rever o modo de assistir o cliente, o modo de lidar com a saúde e a doença e os processos de gestão, torna-se também explícita a necessidade de mudança na gestão de pessoas (Munari & Bezerra, 2004).

É assim reforçada a importância do papel do enfermeiro gestor que se encontra numa posição privilegiada para implementar mudanças nos sistemas de saúde (Institute of Medicine, 2011), uma vez que este papel transcende o domínio da técnica e incorpora as habilidades e competências relacionadas com a criação, a intuição e a interação (Munari & Bezerra, 2004).

De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018), o enfermeiro gestor deve ter competências do domínio da gestão (prática profissional ética e legal; gestão de qualidade e segurança; gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; planeamento, organização, direção e controlo; prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde) e do domínio da assessoria e consultadoria (visando processos de mudança que agregem valor às organizações de saúde).

Uma forte sinergia entre a equipa de enfermagem e o seu gestor e líder resulta em cuidados centrados no doente, seguros e com qualidade (Murray, 2017), razão pela qual a figura do enfermeiro gestor é crucial na abordagem à problemática da segurança do doente.

Pela importância e pertinência da temática da segurança foi conduzido um estudo ao abrigo do protocolo de colaboração da DGS com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) que visa avaliar o “Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2019”. Assim, definiu-se como pergunta de investigação “Qual o cumprimento do Plano Nacional para a Segurança do Doente, no que diz respeito ao Objetivo Estratégico 5: Assegurar a identificação inequívoca do doente?” que serviu como alavanca para delinear o objetivo geral: analisar o Programa Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 referente à identificação inequívoca do doente, em instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em território nacional.

Foram também definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a implementação de estratégias locais para a identificação inequívoca do doente por parte das instituições do SNS entre 2015 e 2019;

- Avaliar a frequência de notificações de incidentes relacionadas com a identificação do doente realizadas pelas instituições do SNS entre 2015 e 2019;
- Avaliar a frequência das auditorias internas realizadas pelas instituições do SNS no âmbito da identificação inequívoca do doente entre 2015 e 2019;
- Comparar as diferenças existentes nos dados do objetivo estratégico 5 entre os vários níveis de cuidados de saúde e as diferentes áreas geográficas;
- Contribuir com sugestões fundamentadas para o próximo “Plano Nacional para a Segurança do Doente”.

A estrutura da presente dissertação de natureza científica inicia-se com um enquadramento teórico, em que se define os conceitos, abordando a qualidade dos cuidados, a segurança dos cuidados e a identificação inequívoca dos doentes, bem como a sua inclusão e pertinência no âmbito das competências do enfermeiro gestor.

A segunda parte consiste na metodologia de investigação, onde se identifica a questão de investigação e os objetivos propostos, o tipo de estudo, o instrumento de colheita de dados e o procedimento de recolha de dados, define-se quais os métodos utilizados para o tratamento de dados e, por último, as considerações éticas inerentes à investigação.

Posteriormente, o capítulo da apresentação dos resultados dividido e organizado em quatro partes. Primeiramente a caracterização da amostra e, de seguida, organizou-se os resultados segundo as três questões específicas da identificação inequívoca dos doentes presentes no Formulário Prioridade II da DGS. A discussão dos resultados procede a apresentação dos mesmos, cumprindo com a mesma organização.

Por último, apresenta-se as conclusões do estudo, onde se integra as sugestões para o próximo Plano Nacional para a Segurança do Doente, bem como os pontos fortes e limitações, as referências bibliográficas e os anexos referentes ao mesmo.

O estudo foi elaborado segundo as normas da American Psychological Association (APA), consonante com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2018) e encontra-se escrita com o acordo ortográfico vigente desde 2009 em Portugal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O capítulo do enquadramento teórico foi desenhado tendo por base o caminho percorrido entre o tema macro da qualidade dos cuidados, passando pela segurança dos mesmos como parte integrante da temática anterior até ao tema mais específico em estudo na dissertação – a identificação inequívoca dos doentes.

Ao longo do percurso serão abordados os referenciais teóricos que sustentam o desenvolvimento da dissertação e termina este enquadramento com o subcapítulo referente ao enfermeiro gestor enquanto participante ativo no processo da obtenção de cuidados seguros e de qualidade.

1.1. Qualidade dos Cuidados

A qualidade dos cuidados foi definida por Donabedian (1980) como cuidados que pretendem maximizar o bem-estar da pessoa tendo em consideração os ganhos e as perdas ao longo de todo o processo de cuidar.

Na década seguinte, a definição de qualidade dos cuidados alterou-se para o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter resultados desejáveis, para os indivíduos e populações, e são consistentes com o conhecimento profissional (Institute of Medicine, 1990).

Posteriormente, a *European Commission* (2010) redefine cuidados de qualidade como cuidados efetivos, seguros e que respondem às necessidades e preferências do cliente.

Esta definição vai ao encontro da definição atualmente aceite e proclamada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a qualidade dos cuidados só é possível em serviços de saúde oportunos, equitativos, integrados e eficientes e quando se garante que os cuidados prestados são (WHO, 2018):

- Efetivos (baseados na evidência científica mais recente para os que necessitam);
- Seguros (que evitam provocar dano aos que necessitam de cuidados de saúde);

- Centrados na pessoa (que respondem às necessidades, valores e preferências dos clientes e famílias).

Para sustentar a aplicabilidade da temática em estudo na definição atual de qualidade dos cuidados de enfermagem, propõe-se a mobilização do “Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde”, de Mitchell, Ferketich & Jennings (1988). Este modelo assume-se como uma reformulação do modelo proposto por Donabedian (1966), uma vez que incorpora um dinamismo nas relações de influência, ou seja, as intervenções afetam e são afetadas pelas características do sistema e do cliente na produção dos resultados desejáveis. Esta ideia encontra-se esquematizada na Figura 1 – Esquematização explicativa do Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde de Mitchell, adaptado de Ferketich & Jennings (1988).

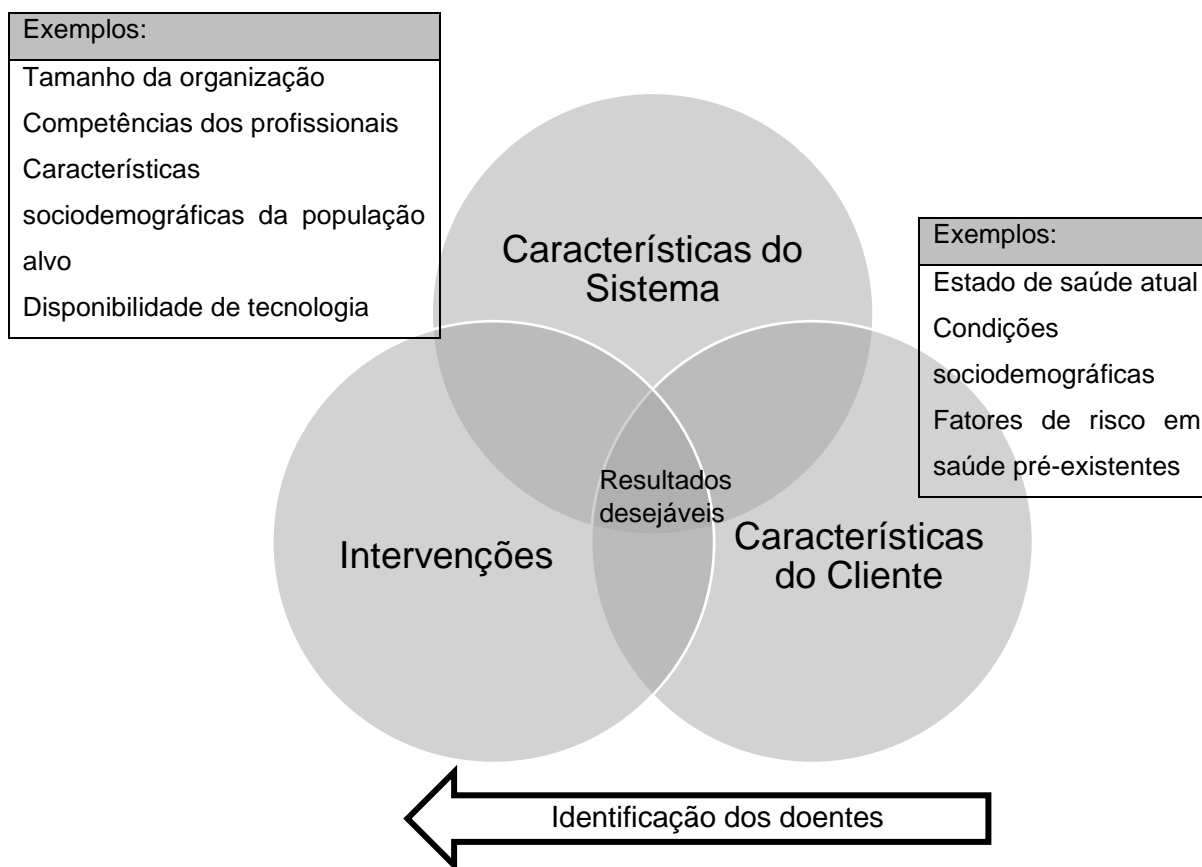


Figura 1 – Esquematização explicativa do Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde de Mitchell, adaptado de Ferketich & Jennings (1988).

Deste modo, os elementos de estrutura e processo propostos por Donabedian são incorporados nas **características do sistema** e entendem-se como todos os elementos estruturais que interagem com as intervenções e influenciam os resultados obtidos, como o tamanho da organização, as competências dos profissionais, as características sociodemográficas da população alvo de cuidados e a disponibilidade de tecnologia (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998).

Por sua vez, as **intervenções** assumem-se como os processos clínicos e atividades realizadas, direta ou indiretamente, que afetam o cliente (Mitchell et al., 1998).

No que diz respeito aos **resultados**, estes são o produto final deste processo dinâmico, sendo diretamente afetados pelas características do cliente a quem as intervenções são dirigidas. Os autores assumem que os resultados obtidos devem integrar as componentes funcional, social, psicológica, física e as experiências vividas em situação de saúde-doença. Propõem ainda que os resultados obtidos sejam mensurados através da apropriação dos autocuidados, demonstração de comportamentos promotores da saúde, qualidade de vida relacionada com a saúde, percepção de ser bem cuidado e gestão de sintomas (Mitchell et al., 1998).

Como fator dissonante do seu modelo de referência surge a dimensão das **características do cliente**, como o estado de saúde atual, as condições sociodemográficas e os fatores de risco em saúde pré-existentes (Mitchell et al., 1998). A ênfase dada a esta dimensão é justificada pela necessidade de adaptação das intervenções e resultados esperados/obtidos às necessidades, capacidades e preferências do cliente.

A correta e inequívoca identificação dos doentes é uma intervenção influenciada pelas características do cliente e pelas características do sistema, constituindo-se como o primeiro passo para obter resultados desejáveis e garantir cuidados seguros e de qualidade.

Contudo, a compreensão total acerca da prática de enfermagem requer um foco de atenção nas características de quem cuida e de quem é cuidado, no contexto e natureza dos cuidados prestados. Neste seguimento, surge o ambiente

da prática de enfermagem que é tido como uma característica do sistema, uma vez que é influenciador dos resultados obtidos, tanto dos clientes (cuidados seguros e de qualidade) como dos enfermeiros (saúde e segurança profissional) (Aiken et al., 2011).

A segurança dos doentes é evocada e está aliada ao conceito de qualidade de cuidados, uma vez que a criação de uma cultura de segurança organizacional é o pilar da prática de cuidados de qualidade, como foi concluído numa revisão de literatura realizada por Brás & Ferreira (2016) integrando 11 estudos, com o objetivo de identificar os fatores determinantes da segurança e qualidade nos cuidados de enfermagem.

1.2. Segurança dos Doentes

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a segurança dos doentes define-se como a obtenção de cuidados livres de prejuízos resultantes de erros médicos (AHRQ, 2013).

A segurança é uma parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, começando a ser mais valorizada após a publicação de *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*, pelo IOM em 1999.

Neste relatório, era estimado que, por ano, entre 44 000 a 98 000 pessoas internados em hospital nos Estados Unidos da América morriam devido a erros médicos, que 43 458 pessoas morriam devido a acidentes de automóvel, 42 297 pessoas morriam de cancro da mama e 16 516 pessoas morriam devido a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Institute of Medicine, 1999). Estes dados sugerem que havia mais mortes anuais causadas por erros médicos do que pelas outras causas apontadas.

Deste modo, tornou-se premente o aumento da segurança, tendo sido propostas, no referido relatório, quatro áreas de intervenção:

- Aumentar o conhecimento sobre segurança;
- Identificar e relatar os erros médicos através de uma plataforma nacional de notificação;

- Aumentar os padrões e expectativas de desempenho relativamente à segurança;
- Mudar a prática punitiva a nível individual por sistemas de segurança organizacionais de modo a garantir práticas seguras (Institute of Medicine, 1999).

Os danos causados pelos erros médicos vão muito além da morte, sendo que foi estimado que nos Estados Unidos da América, 700 000 doentes por ano são atendidos nos serviços de urgência devido a reações adversas da medicação e que 120 000 desses doentes ficaram hospitalizados (Budnitz et al., 2006). Uns anos mais tarde, comprovou-se a existência de 421 milhões de hospitalizações anuais e aproximadamente 43 milhões de eventos adversos por ano em todo o mundo (Jha et al., 2013).

No ano de 2004, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety* com o intuito de integrar todos os fatores que potencialmente teriam impacto sobre a segurança do doente e, a nível europeu, a temática tornou-se a principal preocupação dos sistemas de saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Mais tarde, em 2015, a *National Patient Safety Foundation* (NPSF), reuniu um painel de peritos com o intuito de analisar os progressos atingidos na área da segurança 15 anos após o lançamento de "*To Err is Human: Building a Safer Health System*". Concluiu-se que os profissionais de saúde, as instituições e os clientes focaram-se em reduzir os danos causados por erros possíveis de prevenir, tais como: eventos adversos relacionados com medicação, erros cirúrgicos, quedas, queimaduras, úlceras por pressão e erros na identificação de doentes (The National Patient Safety Foundation, 2015). Foi também concluído que existem áreas de segurança que são prioritárias, como: a segurança em contexto de ambulatório, a importância dos tratamentos em excesso ou défice, a objetividade e clareza do diagnóstico, as complicações derivantes dos cuidados e o crescimento na utilização da prática baseada na evidência (The National Patient Safety Foundation, 2015).

A construção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados de saúde mantém-se um desafio atual, sendo considerado por muitos como um “problema de várias mãos” (Lark, Kirkpatrick, & Chung, 2018).

Para lidar com a problemática, compreendeu-se ser necessário criar uma cultura de segurança que se entende por um conjunto de valores, atitudes coletivas e percepções de grupo sobre segurança que se focam em reduzir o dano causado ao doente por instituições médicas (Vogus & Sutcliffe, 2007), estando esta associada à qualidade, a intervenções e práticas clínicas seguras e resultados que comprovam a diminuição da ocorrência de incidentes (Wang, Chou, & Lai, 2019).

A segurança do doente é atualmente compreendida como uma estrutura de atividades organizadas que criam culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde para reduzir os riscos de forma sustentável e consistente, reduzir a ocorrência de danos possíveis de evitar, tornar o erro menos provável e reduzir o impacto do dano quando ele ocorrer (WHO, 2021).

O enfermeiro assume-se como um dos principais atores na defesa da segurança do cliente, uma vez que estes devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (Artigo 97.º, alínea a) e “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (Artigo 100º, alínea c) (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

As principais lacunas na segurança do doente, transversais a qualquer contexto de prestação de cuidados, prendem-se com falhas e/ou falta de comunicação e informação, conhecimentos e competências insuficientes e cultura organizacional desadequada (Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017).

Segundo Kalisch, Landstrom & Williams (2009) e Weiss & Tappen (2015), as áreas mais suscetíveis à ocorrência de eventos adversos, para os enfermeiros, são:

- erros ou omissões de informações na documentação;

- falhas na comunicação de dados relativos aos doentes ou outros cuidadores;
- falha na prestação de cuidados de enfermagem ou tratamentos corretos;
- erros relacionados com a segurança do doente que resultam em quedas;
- erros relacionados com a medicação.

Os dados sobre os cuidados de saúde primários e os cuidados prestados em ambulatório são ainda pouco estudados. No entanto, é destacado que o principal problema relacionado com a segurança na prestação de cuidados em contexto primário se prende com o diagnóstico errado ou tardio (Slawomirski et al., 2017).

Em termos económicos, a falta de segurança do doente é encarado como a 14ª principal causa de doenças a nível mundial, sendo que 15% da atividade total dos hospitais e custos associados estão relacionados com eventos adversos (Slawomirski et al., 2017).

A nível nacional foi realizado um estudo de coorte retrospectivo com o objetivo de estimar a incidência, natureza, evitabilidade, custos e impactos dos eventos adversos nos hospitais portugueses, com uma amostra de três hospitais públicos da região de Lisboa (com um total de 1455 camas em contexto de urgência, cuidados intensivos e cirurgia e 1669 registos médicos). Este estudo concluiu que os principais eventos adversos estão relacionados com procedimentos cirúrgicos, erros de medicação e infeções associados aos cuidados de saúde, sendo que a sua maioria ocorre em pessoas com idade superior a 65 anos (Sousa, Uva, Serranheira, Nunes, & Leite, 2014). Nesse mesmo estudo, é descrito que a maioria das pessoas que experienciaram um evento adverso, necessitaram de mais tempo de internamento, o que se prevê num custo adicional em saúde de 470 380€, no somatório dos três hospitais (Sousa et al., 2014).

Em Portugal, foi implementado por parte da DGS, a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020”, na qual estão incorporados os objetivos estratégicos que constituem o “Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020” que pretende colmatar os fatores contribuintes para a ocorrência de

incidentes na segurança associados à prestação de cuidados, nomeadamente, no Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

O “Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020” (PNSD 2015-2020) visa “reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos seus profissionais” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882 (2), 2015)

Assim, o referido Plano tem como objetivo auxiliar os profissionais do SNS na melhoria da gestão do risco associado à prestação de cuidados de saúde, assumindo que a melhoria da segurança é uma responsabilidade de todos e em todas as atividades desenvolvidas em contexto de prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

São definidos no PNSD 2015-2020 vários objetivos estratégicos, transversais a todos os níveis de prestação de cuidados, bem como as metas a atingir no ano de 2020 (Quadro 1).

Quadro 1 – Objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 e respetivas metas para 2020.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	METAS PARA 2020
<p>1 – Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança $\geq 90\%$. • Média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente $\geq 50\%$.
<p>2 – Aumentar a segurança da comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomunicam; • 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico dos doentes em situações extremas (<i>disaster recovery</i>);

	<ul style="list-style-type: none"> • 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm de garantir disponibilidade dos sistemas de informação superior a 99,9%, para garantir que não ocorram paragens de funcionamento; • 90% dos Agrupamentos de Centros de Saúde têm acesso às notas de alta das entidades hospitalares de referência.
3 – Aumentar a segurança cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; • Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior; • Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.
4 – Aumentar a segurança na utilização da medicação	<ul style="list-style-type: none"> • 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais; • Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.
5 – Assegurar a identificação inequívoca dos doentes	<ul style="list-style-type: none"> • 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas seguras da identificação dos doentes
6 – Prevenir a ocorrência de quedas	<ul style="list-style-type: none"> • 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas; • Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.
7 – Prevenir a ocorrência de úlceras por	<ul style="list-style-type: none"> • 95% das instituições prestadoras de

<p>pressão</p>	<p>cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.
<p>8 – Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar, em 20%/ano, o n.º de notificação de incidentes de segurança no notific@.
<p>9 – Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; • Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; • Taxa de MRSA de 20%; • Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes; • Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas.

Nesta dissertação salienta-se a identificação inequívoca dos doentes que se constitui como o Objetivo Estratégico nº 5 (OE5) do referido PSND 2015-2020 e é neste que incidirá o foco deste estudo.

1.3. Identificação Inequívoca do Cliente

Para a abordagem desta problemática realizou-se uma revisão *scoping* em que se identificou que a necessidade de intervir no aperfeiçoamento do processo de identificação do cliente é premente, uma vez que se constitui como uma das fontes de erros médicos possíveis de prevenir (Lippi, Mattiuzzi, et al., 2017a; Macedo et al., 2017). Os resultados analisados evidenciaram ainda que existe relação entre a segurança do cliente e a sua identificação inequívoca no acesso aos cuidados de saúde.

A identificação inequívoca do cliente é o processo de correspondência correta do cliente às intervenções planeadas apropriadamente, bem como a

garantia da sua identificação ao longo de todo o processo contínuo de prestação de cuidados (ECRI Institute, 2016).

O processo de identificação do cliente inicia-se no momento da admissão até ao momento da alta. É fundamental que exista uma preocupação e esforço contínuo da equipa multidisciplinar para: verificar continuamente a identificação dos clientes a quem prestam cuidados; assegurar a utilização de, pelo menos, dois identificadores; e criar protocolos de identificação para clientes com o mesmo nome, em coma ou confusos (Macedo et al., 2017).

São exemplos de identificadores utilizados: o nome completo, data e local de nascimento, sexo, morada, número de identificação pessoal e número de processo clínico institucional.

Uma revisão de literatura realizada por Lippi, Mattiuzzi, Bovo & Favalaro (2017b) sugere a necessidade de utilização de, pelo menos, primeiro nome, apelido e data de nascimento, uma vez que a introdução da data de nascimento diminui a probabilidade de erro na identificação de 7% para 2% num caso hipotético com 3.5 milhões de clientes, em que 250 000 partilham o mesmo primeiro e último nome e 70 000 partilham a mesma data de nascimento.

A utilização da pulseira de identificação é o método mais barato e simples de implementar, mas estão disponíveis várias alternativas, como é o caso das pulseiras com código de barras (que reduz em 70% a ocorrência de erros associados à identificação de clientes), a identificação por radiofrequências ou a identificação biométrica (Hoffmeister & De Moura, 2015; Lippi, Chiozza, Mattiuzzi, & Plebani, 2017).

As principais falhas documentadas na utilização de pulseiras de identificação prendem-se com a não utilização destas ao longo do tempo de permanência na instituição de saúde, a utilização de mais que uma pulseira de identificação, a utilização de uma pulseira de identificação com dados incorretos ou a ilegibilidade dos mesmos, bem como o estado de conservação ou a localização em sítios inadequados e de difícil acesso por parte dos profissionais de saúde (Cengiz et al., 2010; Hoffmeister & De Moura, 2015; Macedo et al., 2017).

Os erros associados à identificação dos doentes podem dever-se aos desafios e/ou falhas na deteção e identificação desses mesmos erros e podem ocorrer erros que não são reportados ou que são subestimados, uma vez que nem todos os erros se traduzem em eventos adversos (Lippi, Chiozza, et al., 2017).

O estudo descritivo, observacional, documental e quantitativo, desenvolvido por Macedo et al. (2017) no Brasil, apresenta como objetivo: analisar os procedimentos de identificação de pacientes críticos pelo uso da pulseira e caracterizar os registos realizados pelos profissionais de enfermagem quanto à localização, integridade e legibilidade da mesma. O autor realizou 400 observações relacionadas com o uso de pulseira de identificação e analisou 400 registos de enfermagem, concluindo que 96% dos clientes estavam identificados com pulseira de identificação e 75% dos registos continham informações sobre a pulseira de identificação. Tais resultados sugerem que os profissionais têm conhecimento e são cumpridores dos protocolos institucionais de identificação dos doentes.

Já o estudo quantitativo, descritivo e prospetivo desenvolvido também no Brasil, corrobora os resultados do estudo anterior (Silva et al., 2020). Com o objetivo de avaliar a conformidade de utilização do protocolo de identificação de clientes num hospital de doenças infetocontagiosas, os autores realizaram 680 momentos de observação em que foram avaliadas as três etapas do protocolo de identificação institucional: a presença de pulseira de identificação, os identificadores e as condições da pulseira. Os resultados comprovaram uma conformidade a rondar os 89% no que diz respeito à identificação dos clientes, com uma percentagem aproximada de 94% dos clientes com pulseira de identificação, mas apenas 82% mantinha a integridade e as condições da mesma. Como principais conclusões, os autores apontam que os profissionais de saúde devem estar mais atentos à importância das pulseiras de identificação como instrumento de prevenção de possíveis erros e é necessário um processo de fiscalização às possíveis falhas inerentes ao uso das mesmas (Silva et al., 2020).

Esta disparidade entre as altas taxas de cumprimento dos protocolos de identificação dos clientes e as principais falhas documentadas podem ser

justificados por um estudo descritivo e transversal realizado por Cengiz et al. (2010), com o objetivo de avaliar a implementação do processo de identificação dos clientes e da colocação da pulseira de identificação num hospital acreditado pela *Joint Commission*, na Turquia. O estudo contemplava uma amostra de 419 profissionais de saúde e evidencia que os profissionais com mais anos de experiência acreditam que as pulseiras são retiradas ou colocadas em locais inapropriados para que seja possível a prestação de melhores cuidados e que os protocolos e procedimentos de identificação institucionais não garantem a correta identificação dos clientes.

Outro fator imprescindível para o sucesso do processo de identificação é o próprio cliente que é considerado parceiro no processo de cuidar e, por isso, assume-se como peça fundamental para a sua identificação inequívoca (Cengiz et al., 2010; Hemesath et al., 2015; Silva et al., 2020)

Apresentam-se também como os principais riscos e barreiras à identificação inequívoca dos clientes: nomes homónimos, barreiras culturais, falta de educação e treino insuficiente dos profissionais de saúde, admissão e registo administrativo de cliente incorreto, erro na transcrição de pedidos de exames, realização de colheitas no cliente errado, erros no sistema informático do laboratório, crença de que a relação entre profissional e cliente será desafiada pela constante verificação da identidade, uso de sistemas ineficientes para uma identificação inequívoca, custos adicionais de sistemas seguros de identificação de clientes, aumento da carga de trabalho e o tempo requerido para cada cliente, receio por parte dos profissionais de existência de sanções associadas ao erro (Cengiz et al., 2010; Hoffmeister & De Moura, 2015; Macedo et al., 2017; Smith, Casey, Wilson, & Fischbacher-Smith, 2011).

Os estudos evidenciam, ainda, que a verificação da identidade do cliente é inconsistente e depende da intervenção que se irá realizar (Smith et al., 2011) e os enfermeiros são os principais implicados no processo de identificação do cliente (Macedo et al., 2017), no entanto é reconhecida a importância dos todos os profissionais – clínicos e não-clínicos – na manutenção da pulseira de

identificação e na constante verificação da mesma (Cengiz et al., 2010; Smith et al., 2011).

Uma revisão da literatura realizada em 2017, que incluiu 10 343 estudos realizados entre 2000 e 2015, aponta como principais obstáculos à verificação assídua das pulseiras de identificação, por parte dos profissionais de saúde: a variação no processo de identificação entre organizações de saúde e profissionais, os gastos associados às abordagens inovadoras mais seguras, o uso de soluções técnicas que podem ser inadequadas para o atendimento da instituição, a integração de novas tecnologias na saúde, a percepção que a relação entre doente e profissionais pode ser prejudicada pela constante verificação da identificação, o aumento da carga de trabalho e do tempo despendido por cliente e na identificação correta de amostras laboratoriais, a revolução cultural e o alcance de mudanças comportamentais em conformidade (Lippi, Chiozza, et al., 2017).

Perante tantos riscos e obstáculos a formação contínua dos profissionais de saúde é um requisito chave para que o processo de identificação seja uniforme em toda a instituição (Lippi, Mattiuzzi, et al., 2017a).

Hemesath et al. (2015) realizaram um estudo descritivo e exploratório com uma amostra de 4719 profissionais de saúde, com o objetivo de analisar o impacto da formação na adesão ao processo de verificação da pulseira de identificação antes dos cuidados de maior risco (e.g. a administração de medicação, hemoderivados ou procedimentos cirúrgicos). Os autores demonstraram que após a formação dos profissionais de saúde se verificou uma melhoria no processo de verificação da pulseira de identificação, com um aumento de 42,9% para 94,37% no período de um ano.

Em Portugal, de acordo com a definição emanada pela DGS, a identificação inequívoca do doente deve contemplar como identificadores: o primeiro e último nome, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição (Direção Geral da Saúde, 2011).

O relatório da “Monitorização da Qualidade e Segurança” de 2019, destaca que se tem verificado uma melhoria progressiva ao longo dos anos relativamente ao OE5 “Identificação Inequívoca do Doente”, estando estabelecido como meta

95% de conformidade. No total de 95 instituições, em 2015 existiam 46 instituições (48%) com uma estratégia local definida para a identificação inequívoca de doentes e, no ano de 2018, comprovou-se um aumento para um total de 80 instituições (84%) (Ustá, 2019).

Tendo em consideração que a constante e veloz mudança nos sistemas de saúde obriga a que os profissionais revejam o modo de assistir o cliente, o modo de lidar com a saúde e a doença e os processos de gestão, torna-se explícita a necessidade de mudança na gestão de pessoas (Munari & Bezerra, 2004) e, por sua vez, a valorização da gestão em enfermagem e o papel de enfermeiro gestor.

1.4. Gestão em Enfermagem

Florence Nightingale, com a criação de uma cadeia de autoridade e poder em que nomeava enfermeiras treinadas para assumir a responsabilidade da equipa de enfermagem e dos cuidados diretos prestados aos doentes (Wildman & Hewison, 2009), é considerada a pioneira da gestão em enfermagem.

À posteriori, a gestão em enfermagem acompanhou e foi influenciada pelas duas escolas de pensamento em gestão: a gestão científica, que se foca nos aspetos práticos, e a gestão baseada na relação pessoal, cuja ênfase é a gestão de pessoas.

A Teoria da Administração Científica, desenvolvida por Taylor (século XIX e início do século XX) assentava na premissa de que uma tarefa simples, padronizada e bem definida com um incentivo adequado seria promotor de uma produção mais eficiente (Weiss, Tappen, & Grimley, 2019). O enfermeiro gestor que se baseia nesta abordagem dá especial importância a avaliações e tratamentos realizados na organização, ao equipamento necessário para desempenhar essas tarefas e às estratégias que facilitam e promovem a eficiência do processo (Weiss et al., 2019). Um exemplo da aplicação desta teoria seria um enfermeiro gestor que se preocupa com a quantidade de tratamentos realizados a feridas crónicas na instituição, a quantidade de material necessário, o tempo despendido para a realização de cada tratamento e a aplicação de estratégias

para diminuir o tempo despendido por tratamento e aumentar o número de tratamentos realizados.

Mais tarde, surge a Escola das Relações Humanas, de que é exemplo a Teoria X e Y de McGregor que explana um excelente contraste entre a abordagem científica e a abordagem humanista (Weiss et al., 2019). A Teoria X reflete a atitude de que a maioria das pessoas quer fazer o mínimo possível e que o papel do gestor é garantir que as tarefas são desempenhadas. Por outro lado, a Teoria Y defende que o trabalho em si pode ser motivador desde que seja providenciado um ambiente de suporte.

O enfermeiro gestor que se rege pela Teoria X necessita de aplicar regras estritas, supervisionar constantemente e utilizar a punição como medida corretiva. O inverso se aplica no enfermeiro gestor que guia a sua ação pela abordagem da Teoria Y e se preocupa com as atitudes, opiniões, medos e esperanças da equipa, garantindo que os colaboradores se mantêm satisfeitos e motivados e assim estes potencialmente desempenharão o seu trabalho com maior eficiência e eficácia.

Com o aparecimento da Era da Informação (início da década de 1990) em que se vivenciou o impacto provocado pelo desenvolvimento tecnológico, tornou-se premente o surgimento de várias abordagens para a mudança organizacional (e.g. *benchmarking*, abordagem de melhoria contínua e de qualidade total), com o intuito de dar resposta aos desafios que se avizinhavam.

Naturalmente, a evolução das abordagens e teorias de gestão também atingiu as organizações de saúde, tornando-se essencial a reformulação dos modelos de gestão implementados com a perspetiva de excelência dos cuidados prestados pelos profissionais e qualidade dos resultados obtidos pelos clientes.

Uma vez que as organizações de saúde são formadas por pessoas e influenciadas pelo ambiente externo, também o foco passou a ser a descentralização do poder e a adoção da abordagem de melhoria contínua e qualidade total.

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para implementar mudanças nos sistemas de saúde. Encontra-se mais próximo dos clientes, possui conhecimentos científicos de suporte aos processos de cuidar e capacidades de

trabalho em equipa com os outros profissionais, nos variados contextos (Institute of Medicine, 2011). O papel do enfermeiro gestor transcende o domínio da técnica e incorpora as habilidades e competências relacionadas com a criação, intuição e interação (Munari & Bezerra, 2004).

Destaca-se então o papel do Enfermeiro Gestor, entendido como “o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa (...) é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.5949), sendo responsável pela qualidade do exercício profissional.

Em “*The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*”, é salientado que os enfermeiros deveriam ser capacitados para liderar mudanças nos sistemas de saúde, através da assunção de posições de liderança a todos os níveis organizacionais, assumindo um papel ativo nas tomadas de decisões (Institute of Medicine, 2011).

A liderança e a gestão não são sinónimas, mas são complementares. Liderança é o processo de influenciar o outro através das suas competências de relacionamento eficazes, enquanto que a gestão é um cargo oficial com funções específicas (Murray, 2017) que guia, direciona e motiva, devendo ser também ele um líder (Marquis & Huston, 2017).

Marquis & Huston (2017) comparam o gestor ao líder e são apresentadas as ideias centrais no Quadro 2.

Quadro 2 – Distinção entre gestor e líder

GESTOR	LÍDER
Destinado ao cargo pela organização.	Obtém o seu reconhecimento através dos outros.
Legitimidade para delegar a autoridade que acompanha o seu cargo.	Pode ser ou não parte integrante da hierarquia de gestão organizacional.
Tarefas e responsabilidades específicas que é expectável que dê resposta.	Tem uma gama mais vasta de papeis que o gestor.
Ênfase no controlo, tomada de decisões,	Ênfase nas relações interpessoais.

análise de decisões e resultados.	
Manipula pessoas, o ambiente, dinheiro, tempo e outros recursos para atingir os objetivos da organização.	Pode ter objetivos diferentes dos objetivos da organização.
Mais responsabilidade pela racionalização e controlo que os líderes.	Foco nos processos de grupo, partilha de informação, no <i>empowerment</i> dos elementos da equipa e na troca constante de <i>feedback</i> .
Tem subordinados diretos e indiretos.	Tem seguidores por vontade própria.

Fonte: Adaptado de Marquis & Huston, 2017, p.70)

A gestão e a liderança assumem assim uma relação simbiótica e sinérgica, uma vez que a compilação de competências nestas duas áreas é fundamental para garantir o sucesso e a viabilidade das organizações de saúde.

Na enfermagem, a gestão e liderança assumem-se como centrais no processo de construção de equipas efetivas (Murray, 2017) e são consideradas essenciais para a criação de uma boa relação com a equipa, para aumentar a satisfação no trabalho, para promover a retenção de profissionais e para melhorar os resultados obtidos pelos clientes (Institute of Medicine, 2011; Wang et al., 2019; Wong & Cummings, 2007).

Uma forte sinergia entre a equipa de enfermagem e o seu gestor e líder resulta em cuidados centrados no cliente, seguros e com qualidade (Murray, 2017), tal como é referido no Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão, quando se refere que o exercício de funções de gestão por enfermeiros é “determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018, p. 3478).

O enfermeiro gestor detém conhecimentos no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão dos enfermeiros e no âmbito da gestão em enfermagem e integra a visão da organização, identificando e analisando os fatores que podem interferir no planeamento, na execução, controlo e avaliação. Também se distingue como o primeiro responsável pela qualidade e segurança dos cuidados prestados, promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros;

assume uma atitude ética centrada no cliente e nos resultados e ganhos em saúde (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018).

Com o intuito de sustentar a importância do enfermeiro gestor na prática de enfermagem, apresenta-se o “Modelo de Organização dos Cuidados de Enfermagem”, de Dubois *et al.* (2012). Neste modelo, os resultados relacionados com os cuidados de enfermagem refletem a influência de três dimensões conceptuais que interagem entre si: a equipa de enfermagem, o âmbito da prática de enfermagem e o ambiente de trabalho de enfermagem (que compreende dois aspetos: ambiente da prática e a capacidade de inovação). Acrescenta-se ainda o papel do enfermeiro gestor como transversal a todas as dimensões anteriormente referidas e nas quais o mesmo desempenha as suas funções.

Esta adaptação do modelo encontra-se esquematizada na Figura 2.

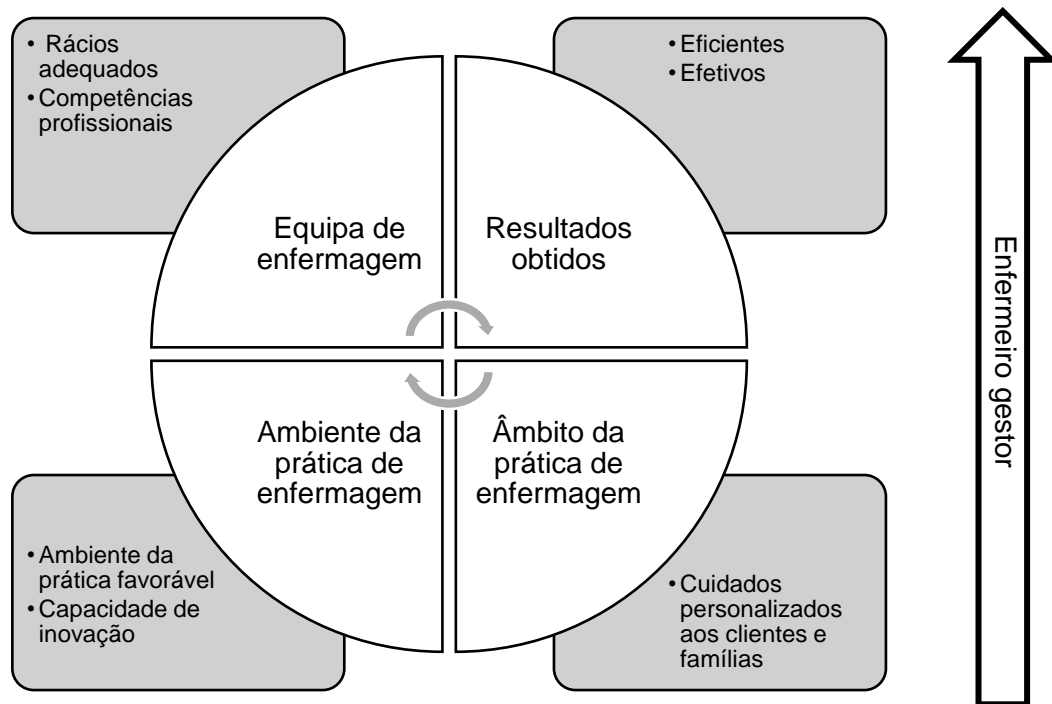


Figura 2 – Adaptação do Modelo de Organização dos Cuidados de Enfermagem de Dubois *et al.* (2012).

A **equipa de enfermagem** está intimamente relacionada com os resultados obtidos, sendo que os rácios adequados e as competências profissionais são um requisito essencial, mas não suficiente, para que sejam prestados cuidados eficientes e efetivos. O **âmbito da prática de enfermagem** é assumido como o conjunto de atividades, baseado no seu conhecimento profissional e competências, com as quais a equipa de enfermagem está comprometida para prestar cuidados personalizados aos clientes e famílias, tendo em consideração as suas necessidades particulares. O **ambiente de trabalho de enfermagem** está reciprocamente relacionado com os enfermeiros, uma vez que a relação entre ambos influencia a natureza do trabalho e os resultados obtidos. É para isso essencial a criação de **ambientes da prática** favoráveis, em que devem englobar-se as dimensões física, cognitiva, psicossocial e profissional que suportam a prática de enfermagem. A **capacidade de inovação** é fulcral, uma vez que existe uma necessidade constante de adaptação dos enfermeiros para que os cuidados prestados vão ao encontro das necessidades dos clientes, assegurando sempre cuidados seguros, eficazes, eficientes, atempados e centrados no cliente (Dubois et al., 2012).

O enfermeiro gestor é considerado como a mente estratégica com responsabilidades para com os profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde. Nele acumula as funções de liderar, influenciar e governar, com o intuito de promover uma cultura de excelência, inovação, transformação e compromisso (American Nurses Association, 2016).

Weiss, Tappen & Grimley (2019) atestam a afirmação anterior, afirmando que o enfermeiro gestor efetivo tem que compilar em si o conjunto de competências inerentes à liderança, experiência clínica e conhecimento de economia nas organizações de saúde.

Desta forma, assume-se que o mesmo está presente transversalmente em todas as dimensões do modelo apresentado anteriormente, sendo parte integrante do mesmo. De acordo com o Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), o mesmo é responsável por:

- Garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados através da promoção de ambientes seguros;
- Identificar riscos e gerir os mesmos;
- Introduzir de medidas corretivas dos riscos identificados;
- Participar na elaboração de planos de gestão do risco;
- Promover uma cultura de segurança da equipa que coordena.

O Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018) acresce também que o enfermeiro gestor deve ter competências do domínio da gestão (prática profissional ética e legal; gestão de qualidade e segurança; gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; planeamento, organização, direção e controlo; prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde) e do domínio da assessoria e consultadoria (visando processos de mudança que agregem valor às organizações de saúde).

2. METODOLOGIA

Ao longo do presente capítulo serão explicitados a questão de investigação e respetivos objetivos propostos para a presente investigação. Para responder aos mesmos foi necessário definir o tipo de estudo, o instrumento de colheita de dados e procedimento de recolha de dados. Termina-se o capítulo com as considerações éticas adjacentes à realização desta dissertação.

2.1. Questão de investigação e objetivos

A realização da presente Dissertação de Natureza Científica, com o tema da identificação inequívoca dos doentes, surgiu da importância e pertinência do tema, bem como pela oportunidade de integrar e contribuir para um projeto da DGS em parceria com a ESEL.

Neste projeto é dado enfoque ao “Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020” e, neste trabalho específico, aprofunda-se o estudo da segurança do doente através da avaliação da concretização do “Objetivo Estratégico 5: Assegurar a identificação inequívoca do doente” do referido PNSD 2015-2020.

A revisão *scoping* realizada permitiu constatar que a identificação inequívoca do doente é de importância vital para a sua segurança no acesso aos cuidados de saúde, o que revela a pertinência do estudo desta problemática.

Considerando, como referido anteriormente, que a presente dissertação é parte integrante de um projeto de investigação mais alargado que pretende avaliar o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, delineou-se como questão de investigação: “Qual o cumprimento do Plano Nacional de Segurança do Doente, no que diz respeito ao OE5: Assegurar a identificação inequívoca do doente?”.

O presente trabalho tem como objetivo geral: analisar o cumprimento do Programa Nacional de Segurança do Doente 2015-2020 referente à identificação inequívoca do doente, em instituições do SNS em território nacional.

Definiram-se como objetivos específicos:

- Analisar a implementação de estratégias locais para a identificação inequívoca do doente por parte das instituições do SNS entre 2015 e 2019;
- Avaliar a frequência de notificações de incidentes relacionadas com a identificação do doente realizadas pelas instituições do SNS entre 2015 e 2019;
- Avaliar a frequência de auditorias internas realizadas pelas instituições do SNS no âmbito da identificação inequívoca do doente entre 2015 e 2019;
- Comparar as diferenças existentes nos dados do OE5 entre os vários níveis de cuidados e as diferentes áreas geográficas;
- Contribuir com sugestões fundamentadas para o próximo “Plano Nacional para a Segurança do Doente”.

2.2. Tipo de estudo

Tendo em consideração a questão de investigação e objetivos delineados, a presente investigação é de natureza quantitativa, observacional, descritiva e retrospectiva.

O estudo é de natureza **quantitativa** porque é conduzido para descrever novas situações, eventos ou conceitos, examinar relações entre variáveis e determinar a efetividade de intervenções, utilizando a ajuda de técnicas estatística (Grove & Gray, 2019). Na presente investigação, as variáveis em estudo são referentes às instituições constituintes do SNS, entre os anos de 2015 e 2019 e designam-se por: implementação de uma estratégia local para garantir a identificação inequívoca do doente; número de notificações de incidentes relacionados com a identificação inequívoca do doente e número de auditorias internas realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente.

É **observacional**, uma vez que o investigador não manipulará a variável independente, neste caso a identificação do doente, e se limita a observar uma relação que ocorre naturalmente entre a exposição e o resultado que se estuda (Polit & Beck, 2019; Ranganathan & Aggarwal, 2018). Na presente investigação, o

investigador teve acesso a dados já recolhidos, trabalhados, codificados e disponibilizados pela DGS, na plataforma IBM® SPSS® Statistics 25, tentando analisar, através de análise estatística, as possíveis relações sugeridas pelos mesmos.

Tem um carácter **descritivo**, uma vez que descreve a distribuição de uma ou mais variáveis sem relação com qualquer hipótese casual. Estes estudos são desenhados para obter mais informações sobre conceitos, variáveis ou elementos num campo de estudo particular. Podem ser utilizados para identificar problemas ou fazer julgamentos da prática clínica, como é o caso particular da segurança do doente (Aggarwal & Ranganathan, 2019; Polit & Beck, 2019). Um dos objetivos da presente investigação prende-se com a formulação de sugestões fundamentadas para incluir no próximo Plano Nacional de Segurança do Doente, que serão fruto da análise dos dados apurados.

E, ainda, é **retrospectivo**, uma vez que os dados foram recolhidos num período prévio à presente investigação (Polit & Beck, 2019), sendo que neste caso, foram recolhidos no período compreendido entre 2015 e 2019.

Uma vez que se manteve a mesma colheita de dados ao longo de vários anos e nas mesmas instituições, concluiu-se que é também um estudo **longitudinal**.

Os dados foram previamente recolhidos pela DGS e foram disponibilizados ao abrigo do protocolo da organização com a ESEL.

2.3. Instrumento de colheita de dados

As instituições respondentes integram o SNS e estão divididas em quatro tipologias: Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Unidade Local de Saúde (ULS), Hospital e Centro Hospitalar.

Por ACES entende-se o conjunto de várias unidades funcionais (unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública, unidades de recursos assistenciais partilhados), que agrupam um ou mais centros de saúde, com autonomia administrativa, organizativa e técnica da sua equipa multiprofissional,

com a missão de prestar cuidados de saúde a uma população de determinada área geográfica (Decreto Lei nº 28/2008, 2008).

As ULS são compostas por diferentes níveis de cuidados integrados (cuidados de saúde primários, hospitalares e/ou cuidados continuados) sob a mesma gestão administrativa, ou seja, distintos prestadores de cuidados formam uma entidade única responsável pelo estado de saúde de determinada população (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Hospital define-se como uma unidade prestadora de cuidados de saúde curativos e de reabilitação, em contexto de internamento e ambulatório, atuando também na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (Martins & Nogueira, 2017).

Centro Hospitalar é considerado como “uma pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica” (Decreto-Lei n.º 284/99, 1999).

É ainda importante definir Administrações Regionais de Saúde (ARS) que se entende por “pessoas colectivas de direito público, integradas na administração indireta do Estado, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial”, (Decreto-Lei nº 222/2007, 2007, p.3519). Têm por missão garantir à população da respetiva área de abrangência o acesso a cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde (Decreto-Lei nº 222/2007, 2007).

A nível nacional, existem cinco ARS [Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve], quatro Tipos de Entidade (ACES, ULS, Hospitais e Centro Hospitalares) e duas Categorias de Entidades (ACES e Hospitais).

Para a colheita dos dados, foi disponibilizado às CQS das várias instituições um formulário composto por uma parte inicial que consiste na identificação e caracterização das instituições e que se encontra organizado em cinco prioridades:

- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;

- Reforço da Segurança dos Doentes;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde.

O referido formulário apresenta ainda uma secção designada de aprovações e homologações, em que as instituições submetem o Plano de Ação e o Plano de Atividades no âmbito da segurança do doente, referente ao ano anterior.

A identificação inequívoca do doente é abordada na prioridade intitulada por “Reforço da Segurança dos Doentes”, nomeadamente nas questões 17 a 19, a saber:

- Existência de uma estratégia local para a identificação inequívoca do doente;
- A quantidade de notificações relacionadas com a identificação inequívoca do doente;
- A quantidade de auditorias internas realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente.

A primeira questão tem resposta dicotómica (sim/não) e as duas últimas respostas quantitativas. Relativamente às respostas às questões enunciadas, quando presentes, é necessário anexar um comprovativo justificativo das mesmas. Por exemplo, são integrados na submissão do instrumento a cópia da estratégia de identificação inequívoca em vigor na instituição.

É ainda solicitado a todos os respondentes que apresentem propostas de atividades para o ano seguinte.

No âmbito do protocolo de avaliação do cumprimento do PNSD 2015-2020, os dados referentes a documentos anexados e que poderiam identificar as instituições em causa não foram cedidos aos investigadores, mantendo os dados anonimizados.

2.4. Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através do formulário disponibilizado pela DGS às CQS das várias instituições integrantes do SNS, com uma periodicidade anual e referente ao período entre 1 de janeiro a 31 de dezembro do ano anterior. Os dados acedidos referem-se ao período entre 2015 e 2019, inclusive.

Os dados foram recolhidos apenas em território nacional continental, uma vez que as regiões autónomas da Madeira e dos Açores têm serviços regionais de saúde e se encontram sob a gestão dos respetivos governos regionais e não sob a tutela da DGS.

A responsabilidade pelo preenchimento do instrumento de recolha de dados foi das CQS dos ACES e hospitais.

2.5. Tratamento e análise de dados

Os investigadores tiveram acesso a uma base de dados, disponível no programa IBM® SPSS® Statistics 25, com os dados codificados e anonimizados.

Foi realizada análise estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão (frequência absoluta, frequência relativa, média, máximos, mínimos e desvio padrão).

2.6. Considerações éticas

Para a elaboração de qualquer trabalho de investigação, principalmente na área da saúde, é importante o reconhecimento da obrigatoriedade de cumprimento das questões éticas e legais.

Procedeu-se ao envio dos pedidos de autorização para a DGS, nomeadamente:

- Pedido de colaboração em Projeto de Investigação (Anexo I);
- Declaração de Sigilo e Confidencialidade (Anexo II).

A declaração de sigilo e confidencialidade dá resposta ao dever ético e legal do investigador de realizar uma gestão segura dos dados (Grove & Gray, 2019).

Os dados trabalhados não serão divulgados ou transferidos para pessoas e/ou entidades alheias ao processo de investigação.

Os dados fornecidos pela DGS já se encontravam cifrados/codificados, não permitindo criar uma correlação entre os mesmos e a sua fonte.

A informação partilhada e trabalhada foi tratada confidencialmente, sendo utilizada para fins meramente académicos.

A divulgação científica será feita através da publicação da presente Dissertação de Natureza Científica em Reportórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados organizados por caracterização da amostra e, posteriormente será analisada e avaliada a implementação do OE5 “Assegurar a identificação inequívoca dos doentes”.

Ao longo dos subcapítulos os dados foram organizados por ARS, tipo de entidade e categoria de entidade, na tentativa de tornar a leitura mais fluente e organizada para o leitor.

3.1. Caracterização da Amostra

O número de instituições respondentes ao formulário da DGS entre os anos de 2015 e 2019 foi variável, sendo apresentado em seguida o número de instituições respondentes agrupados por ARS, por tipo de entidade e por categoria de entidade.

O Quadro 3 apresenta o número total de instituições respondentes por ARS distribuídas pelos diferentes anos em análise.

Da análise do número de instituições respondentes por ano, entre 2015 e 2019, destaca-se que em 2016 se verifica o maior número de instituições respondentes (n=93) e o mínimo de instituições respondentes reporta a 2015 (n=82).

A ARS Norte foi a única que manteve o mesmo número de instituições respondentes entre 2015 e 2019. Em 2019, a ARS Algarve não reportou dados relativos a nenhuma instituição (n=0).

Relativamente à ARS Centro, apresenta uma média de 17,6 instituições respondentes entre 2015 e 2019, sendo a moda 18 instituições.

A ARS LVT apresenta variações do número de instituições respondentes, tendo o máximo de instituições (n=30) em 2016. Entre 2016 e 2018, a ARS Alentejo manteve constante no número de instituições respondentes (n=4). Contudo, em 2015 e 2019, verifica-se um número de instituições inferior (n=2; n=3, respetivamente).

Por último, a ARS Algarve apresenta variações no número de instituições respondentes, mas salienta-se que em 2019 não reportou dados (n=0).

Quadro 3 – Número total de instituições respondentes por ARS entre 2015 e 2019 e respetivas percentagens

	2015		2016		2017		2018		2019	
ARS Norte	37	45,12%	37	39,78%	37	41,57%	37	40,22%	37	44,05%
ARS Centro	16	19,51%	37	19,35%	17	19,1%	18	19,57%	18	21,43%
ARS LVT	24	29,27%	30	32,26%	28	31,46%	29	31,52%	26	30,95%
ARS Alentejo	2	2,45%	4	4,3%	4	4,49%	4	4,35%	3	3,57%
ARS Algarve	3	3,75%	4	4,3%	3	3,37%	4	4,35%	0	-
Total	82	100%	93	100%	90	100%	92	100%	84	100%

Como é possível verificar no Quadro 4, os ACES são o tipo de entidade com mais instituições respondentes ao longo de todos os anos, com um máximo de 46 instituições (2016) e um mínimo de 38 instituições (2019). Em relação às ULS, apresentaram um máximo de oito instituições (2015) e um mínimo de cinco instituições (2019). Os Hospitais apresentaram um máximo de 19 instituições (nos anos 2016 e 2017) e um mínimo de 15 instituições (no ano 2015). Por fim, os Centros Hospitalares (n = 104) apresentam maior constância no número de instituições respondentes ao longo dos anos, com 21 instituições (nos anos 2016, 2017 e 2018), um máximo de 22 instituições (no ano de 2019) e um mínimo de 19 instituições (no ano 2015).

Quadro 4 – Número total de instituições respondentes por tipo de entidade entre 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
ACES	43	46	43	45	38
ULS	5	7	7	8	7
Hospital	15	19	19	18	17
Centro Hospitalar	19	21	21	21	22

O Quadro 5 descreve o número de instituições de acordo com as categorias de entidades/ano: ACES e Hospitais, em que a categoria de Hospital agrega o número de instituições de ULS, Hospitais e Centros Hospitalares.

É de salientar que os ACES representam a maior fatia das instituições respondentes em 2015. Porém, nos anos subsequentes, o Hospital apresenta o maior número de instituições, com um máximo de 47 em 2016, 2017, 2018.

Quadro 5 – Número total de instituições respondentes por categoria de entidade entre 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
ACES	43	46	43	45	38
Hospital	39	47	47	47	46

3.2. Avaliação do cumprimento do Objetivo Estratégico 5: “Assegurar a identificação inequívoca dos doentes”

3.2.1. Implementação de estratégia local para a identificação inequívoca do doente

Neste subcapítulo serão analisados os dados relativos às instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes, organizados por ARS, tipo de entidade e categoria de entidade.

O Quadro 6 apresenta o número total de instituições que têm estratégia de identificação inequívoca dos doentes implementada entre 2015 e 2019.

Em 2015, verifica-se que existiam 59 instituições que tinham estratégia local de identificação inequívoca dos doentes implementada. Verifica-se, ainda que entre 2015 e 2018, o número de instituições com estratégia local implementada evoluiu positivamente, tendo atingido o valor máximo de 79 instituições.

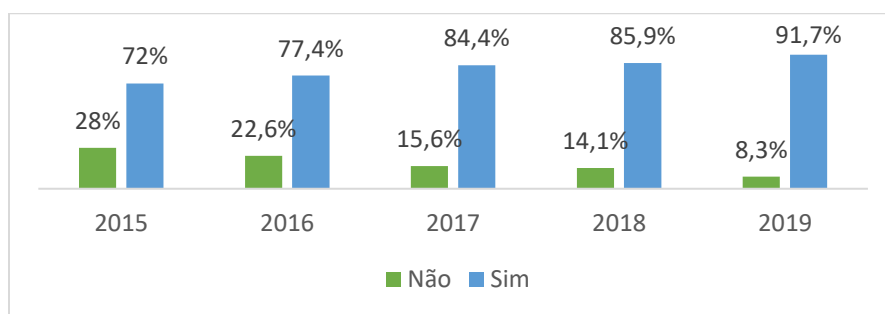
Quadro 6 - Número total de instituições respondentes que têm estratégia de identificação inequívoca dos doentes implementada entre 2015-2019

	Não	Sim
2015	23	59
2016	21	72
2017	14	76
2018	13	79
2019	7	77

Embora o número de instituições participantes varie no período em análise, é notório um aumento constante do número de instituições que implementaram estratégia local para garantir a identificação inequívoca dos doentes, o que equivale a um aumento de 19,7% entre 2015 e 2019, como apresenta o Gráfico 1. Inicialmente, 72% das instituições tinham implementada estratégia local comparado com 91,7% de instituições em 2019.

Em 2019 apenas 7 instituições não tinham estratégia local de identificação inequívoca dos doentes implementada, correspondendo somente a 8,3% do total de instituições respondentes nesse ano.

Gráfico 1 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca do doente



O número de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes, por ARS e por ano, é apresentado no Quadro 7, em que se destaca que nas ARS Norte, Centro e LVT o número de instituições com estratégia local implementada é superior ao número de instituições sem estratégia local, ao longo de todos os anos em análise.

A ARS Alentejo mantém o número de instituições com estratégia local implementada igual ao número de instituições sem estratégia entre 2015 e 2018. É exceção o ano de 2019 em que duas instituições não tinham estratégia local implementada, em oposição a uma única que tinha estratégia local implementada.

Na ARS Algarve apenas no primeiro ano em análise se comprova que o número de instituições sem estratégia é superior ao número de instituições com estratégia implementada. É exceção o ano de 2019, uma vez que a ARS Algarve não apresentou respostas neste ano.

Quadro 7 – Número de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por ARS, entre 2015-2019

		2015		2016		2017		2018		2019	
		Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
ARS	Norte	9	28	5	32	2	35	1	36	1	36
	Centro	3	13	4	14	3	15	2	16	1	17
	LVT	8	16	9	21	7	21	7	22	3	23
	Alentejo	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
	Algarve	2	1	1	3	0	3	1	3	0	0

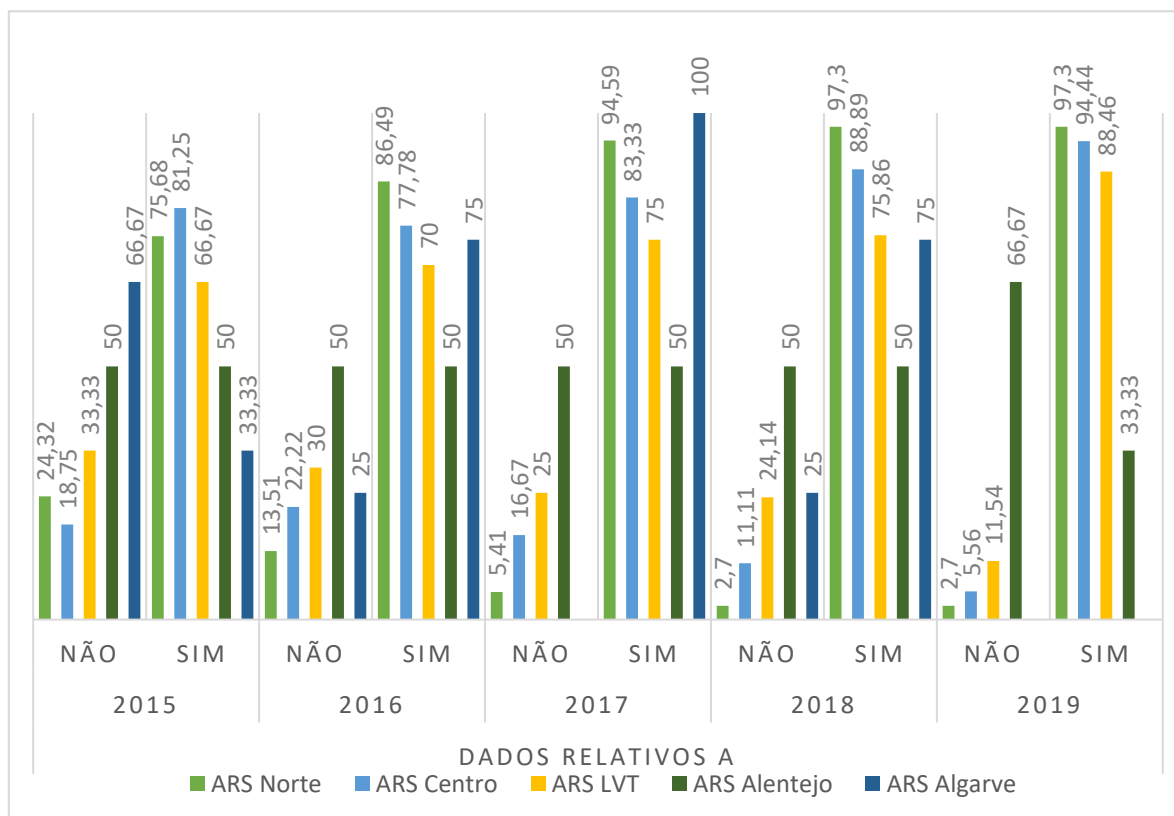
Como se pode verificar no Gráfico 2, a percentagem de instituições com estratégia local implementada é superior ou igual a 50% (em 2016, 2017, 2018) e nunca inferior a 33,3% em 2015 e 2019.

A ARS Norte e LVT são as únicas que mantiveram um aumento percentual de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes constante ao longos dos anos, embora a ARS LVT não tenha mantido o mesmo número total de instituições.

No que diz respeito à ARS Alentejo, 50% das suas instituições tinham estratégia local para a identificação inequívoca dos doentes desde 2015 e até 2018, sendo que em 2019 se verificou um aumento para 83,46%.

Apenas na ARS Algarve se regista o único máximo de 100% (em 2017), ou seja, todas as instituições respondentes possuíam estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes.

Gráfico 2 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local de identificação inequívoca dos doentes implementada por ARS entre 2015-2019



Relativamente às instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes em cada tipo de entidade (ACES, ULS, Hospital e Centros Hospitalares), importa referir que, à semelhança do que se reportou sobre as ARS, o número de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes é superior ao número de instituições sem estratégia local, como mostra a leitura do Quadro 8.

No quadro referido é ainda possível verificar que todas as instituições hospitalares apresentam estratégia local implementada e apenas uma instituição pertencente às entidades tipo ULS não refere apresentar estratégia local implementada a partir de 2016.

Relativamente aos ACES, o diferencial entre o número de instituições com e sem estratégia era apenas de uma instituição, ou seja, do total de 43 instituições respondentes no ano de 2015, vinte e uma (21) referiam não ter estratégia implementada e vinte e duas (22) já tinham adotado estratégias de identificação inequívoca de doentes. Este diferencial foi aumentando ao longo dos anos, de forma favorável à segurança do doente e no sentido do cumprimento deste objetivo, terminando com um diferencial de 28 instituições (no total de 38 instituições respondentes em 2019), em que trinta e três (33) instituições apresentavam uma estratégia local para a identificação dos doentes e apenas cinco (5) não tinham estratégias implementadas.

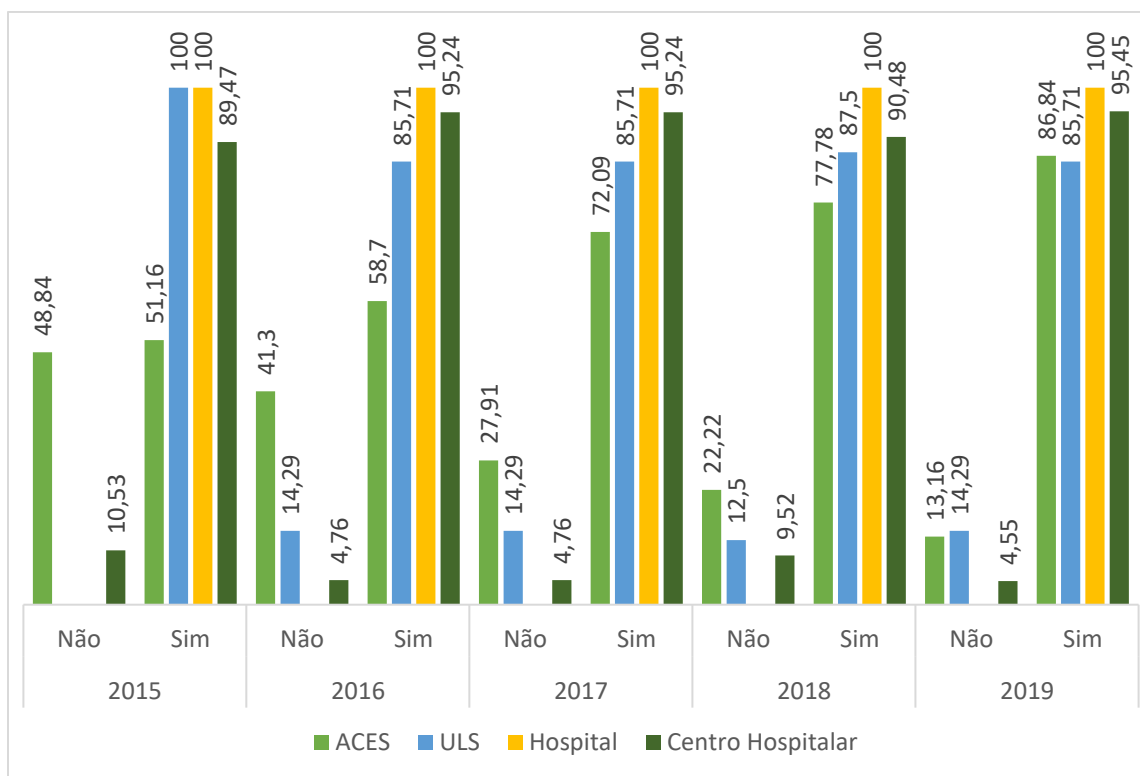
Quadro 8 - Número de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por tipo de entidade entre 2015-2019

		2015		2016		2017		2018		2019	
		Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Tipo de entidade	ACES	21	22	19	27	12	31	10	35	5	33
	ULS	0	5	1	6	1	6	1	7	1	6
	Hospital	0	15	0	19	0	19	0	18	0	17
	Centro Hospitalar	2	17	1	20	1	20	2	19	1	21

Transpondo os mesmos dados para percentagem (Gráfico 3) confirma-se que na sua globalidade, a maioria das instituições, independentemente do tipo, têm implementada estratégia local de identificação inequívoca dos doentes.

A implementação das estratégias de identificação inequívoca está mais evidenciada nos Hospitais (100% das instituições com estratégia local implementada), seguindo-se os Centros Hospitalares e ULS. Os ACES são o tipo de entidade com menor percentagem de instituições com estratégia local implementada na altura de avaliação do PNSD 2015-2020.

Gráfico 3 - Percentagem de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por tipo de entidade entre 2015-2019

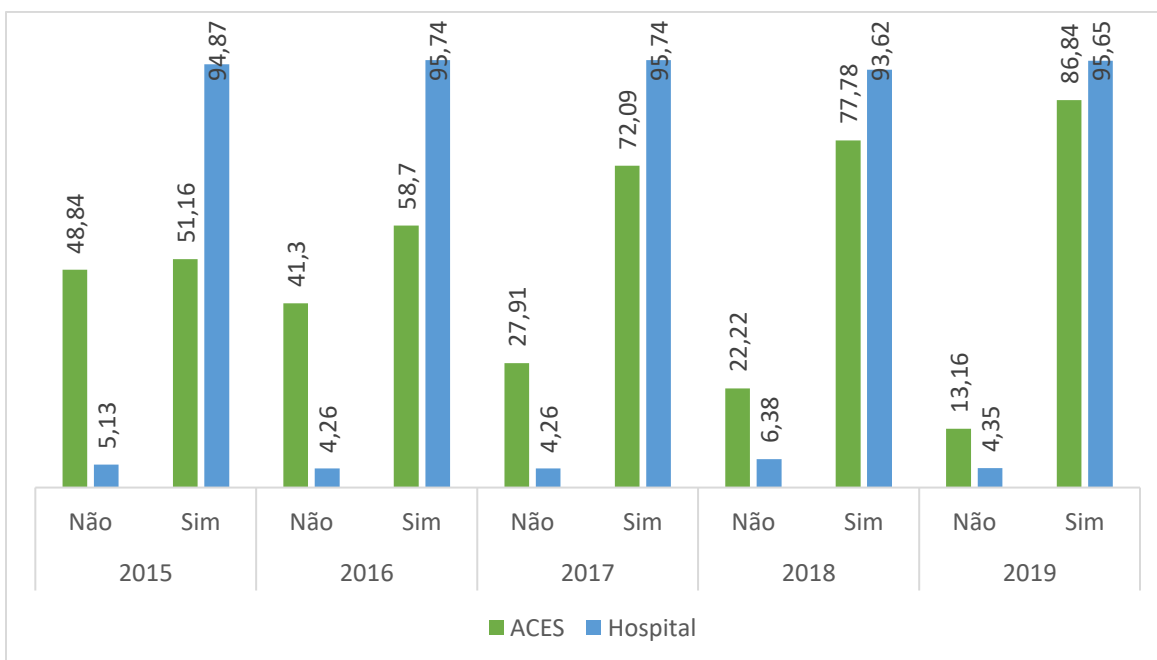


Em consonância com os dados anteriores, mas categorizando por entidades, a categoria hospitalar tem um maior número de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes em comparação com os ACES.

Como é apresentado no Gráfico 4, a nível hospitalar as instituições apresentaram um máximo de 95,74% com estratégia local de identificação inequívoca dos doentes implementada (nos anos de 2016 e 2017) e um mínimo de 93,62% (no ano de 2018).

No que diz respeito aos ACES comprova-se um aumento contínuo da percentagem de instituições com estratégia local para a identificação inequívoca dos doentes, com um máximo de 86,84% das instituições (no ano de 2019) e um mínimo de 51,16% (no ano de 2015), constatando-se um aumento de 35,68% de instituições com estratégia local de identificação inequívoca implementada entre o primeiro ano em análise e o último.

Gráfico 4 – Percentagem de instituições respondentes com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes por categoria de entidade entre 2015-2019

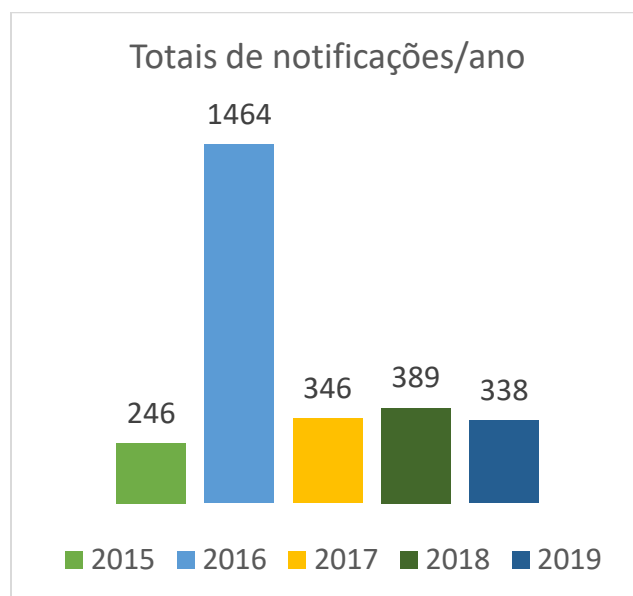


3.2.2. Notificações de incidentes relacionadas com a identificação do doente nas instituições

Neste subcapítulo serão analisados os dados relativos aos números absolutos de notificações realizadas no âmbito da identificação inequívoca dos doentes, organizados por ARS, tipo de entidade e categoria de entidade.

O Gráfico 5 representa o número total de notificações realizadas pelas instituições ao longo dos vários anos em análise, onde se denota, com exceção do ano de 2019, um aumento no número de notificações realizadas. Em 2016 o total de notificações é bastante superior aos restantes anos ($n=1464$). A média de notificações relacionadas com a identificação inequívoca dos doentes, ao longo dos cinco anos, é de 556,6 notificações/ano ($dp=456,09$).

Gráfico 5 – Número total de notificações entre 2015-2019



Para análise do total de notificações realizadas por ano é relevante considerar o número total de instituições respondentes das várias ARS em comparação com a percentagem de instituições que notificou durante os anos em análise, como demonstrado no Quadro 9.

Globalmente, todas as ARS apresentam um aumento percentual de instituições que realizaram notificações, havendo, contudo, decréscimos pontuais de notificações (em 2016 na ARS Norte e em 2018 na ARS LVT). A ARS Centro é a única ARS que mantém um aumento percentual constante ao longo dos anos no que diz respeito às notificações relacionadas com a identificação inequívoca dos doentes.

Apenas a ARS LVT e ARS Alentejo (nos anos de 2019 e 2018, respetivamente) apresentam mais de 50% das instituições que realizaram notificações. Este crescimento percentual, no que diz respeito à ARS LVT, é acompanhado por um decréscimo do número de instituições que a constituem.

Em oposição, a ARS Norte apresenta como máximo percentual 32,43% e a ARS Centro apresenta 33,33% (ambas em 2019) e a ARS Algarve apresenta como máximo percentual 25% em 2018. Realça-se que em 2019 não foram reportados dados relativos à ARS Algarve.

Quadro 9 – Percentagem de instituições que notificaram por ARS/ano

	ARS NORTE		ARS CENTRO		ARS LVT		ARS ALENTEJO		ARS ALGARVE	
	Total de instit.	Notif (%)	Total de instit.	Notif (%)	Total de instit.	Notif (%)	Total de instit.	Notif (%)	Total de instit.	Notif (%)
2015	37	24,32	16	0	24	33,33	2	0	3	0
2016	37	18,92	18	16,67	30	33,33	4	25	4	0
2017	37	29,73	18	22,22	28	46,43	4	0	3	0
2018	37	29,73	18	22,22	29	41,38	4	50	4	25
2019	37	32,43	18	33,33	26	56,85	3	0	0	0

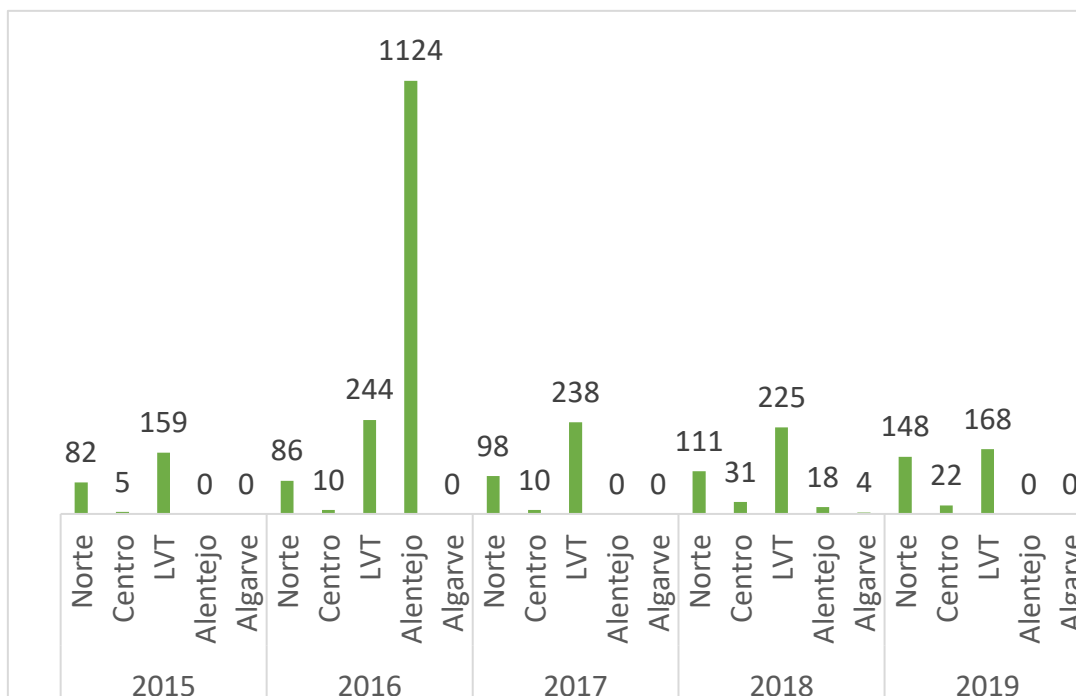
Nota: O total de instituições refere-se ao número absoluto de instituições respondentes por ARS.

Analisando o número de notificações realizadas por cada uma das ARS ao longo dos anos (Gráfico 6), constata-se que a ARS LVT é a que realizou mais notificações nos anos 2015, 2017, 2018 e 2019. Em 2016 a ARS Alentejo apresenta o máximo de notificações realizadas, com 1124 notificações relacionadas com a identificação inequívoca dos doentes.

A ARS Norte é a única ARS que apresenta um aumento constante do número de notificações realizadas ao longo dos anos. Por sua vez, a ARS Centro e a ARS de LVT apresentam variações, com um máximo de 31 (em 2018) e de 244 (em 2016) notificações, respetivamente.

À exceção do ano de 2018 (n=4), a ARS Algarve não apresenta nenhuma notificação realizada no âmbito da identificação inequívoca dos doentes durante os anos em análise.

Gráfico 6 – Total de notificações realizadas por ARS entre 2015-2019



Embora o número de instituições que realizou notificações aumente globalmente, ao longo dos anos, o número de notificações realizadas não acompanhou esta tendência.

A ARS Alentejo apresenta a maior média de notificações/ano nos vários anos em análise ($\bar{x}=228,4$; $dp=500,716$). Considerando a média de notificações por ARS, constata-se que:

- A ARS Norte tem uma média de 105 notificações/ano ($dp=39,959$).
- A ARS Centro apresenta uma média de 15,6 notificações/ano ($dp=9,521$).
- A ARS LVT apresenta uma média de 206,8 notificações/ano ($dp=35,997$).
- A ARS Algarve tem uma média de 0,8 notificações/ano ($dp=1,6$).

No Quadro 10 encontram-se as medidas de tendência central e dispersão relativas às notificações realizadas no âmbito da identificação inequívoca dos doentes por ARS e por ano. Salieta-se que a maior média de notificações por ano é da ARS Alentejo em 2016 ($\bar{x}=281$; $dp=203,654$), seguida da ARS LVT em

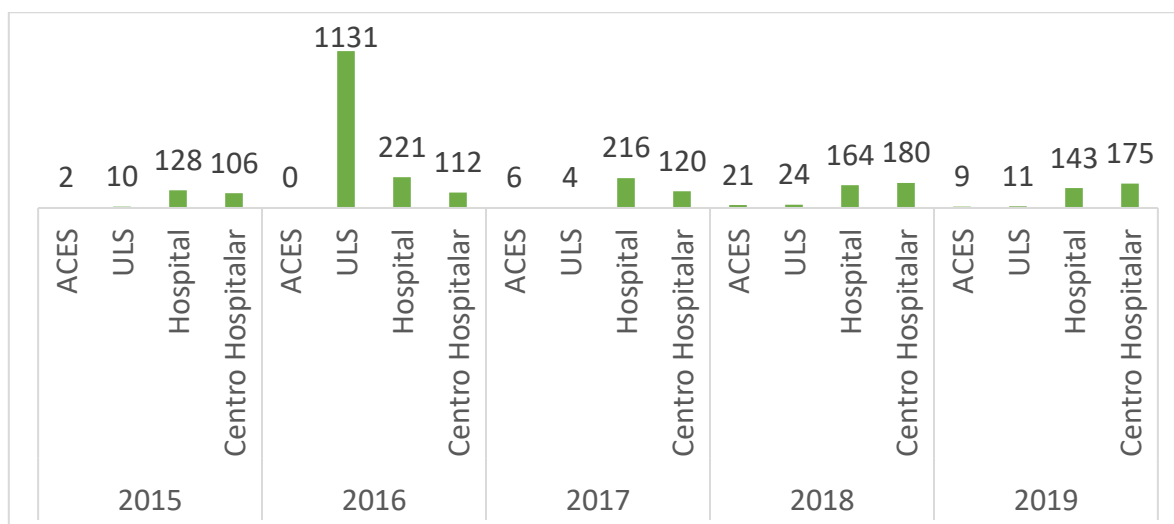
2017 ($\bar{x}=8,5$; $dp=3,422$). Em vários anos, na ARS Alentejo e ARS Algarve, a média é de 0 notificações, sendo esta a menor média apresentada.

Quadro 10 - Medidas de tendência central e dispersão relativas ao número de notificações por ARS entre 2015-2019

	ARS														
	Norte			Centro			LVT			Alentejo			Algarve		
	Total	Média	dp	Total	Média	dp	Total	Média	dp	Total	Média	dp	Total	Média	dp
2015	37	2,22	1,181	16	0,31	0,176	24	6,63	2,654	2	0	0	3	0	0
2016	37	2,32	1,072	18	0,56	0,398	30	8,13	3,217	4	281	281	4	0	0
2017	37	2,65	0,957	18	0,56	0,345	28	8,5	3,422	4	0	0	3	0	0
2018	37	3	1,247	18	1,72	0,993	29	7,76	3,208	4	4,5	3,571	4	1	1
2019	37	4	1,427	18	1,22	0,65	26	6,46	2,466	3	0	0	0	0	0

Organizando os dados por tipo de entidade, comprova-se que as entidades hospitalares e centros hospitalares são as que apresentam maior número de notificações realizadas. Contudo, em 2016, as ULS apresentaram um total de 1131 notificações de incidente no âmbito da identificação inequívoca dos doentes (Gráfico 7).

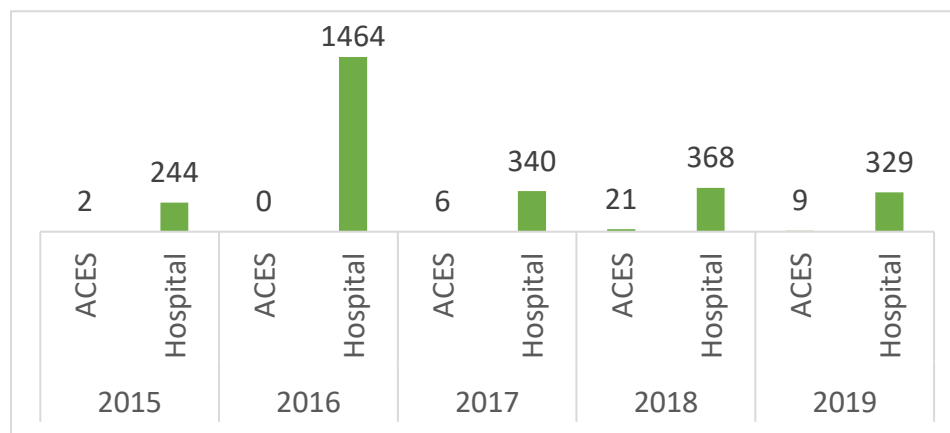
Gráfico 7 – Total de notificações realizadas por tipo de entidade entre 2015-2019



Quando os dados são agrupados por categorias de entidade torna-se mais notório o diferencial existente entre os totais de notificações apresentados pelos ACES e pelos Hospitais (Gráfico 8), sendo que ao longo dos cinco anos foram realizadas 2745 notificações na categoria hospitalar *versus* 38 notificações realizadas em ACES.

Como referido anteriormente, os ACES apresentam um máximo de notificações em 2018 (n=21). No entanto, estes apresentam uma média de 7,6 notificações/ano ($dp=7,39$), ao longo dos anos em análise.

Gráfico 8 – Total de notificações realizadas por categoria de entidade entre 2015-2019

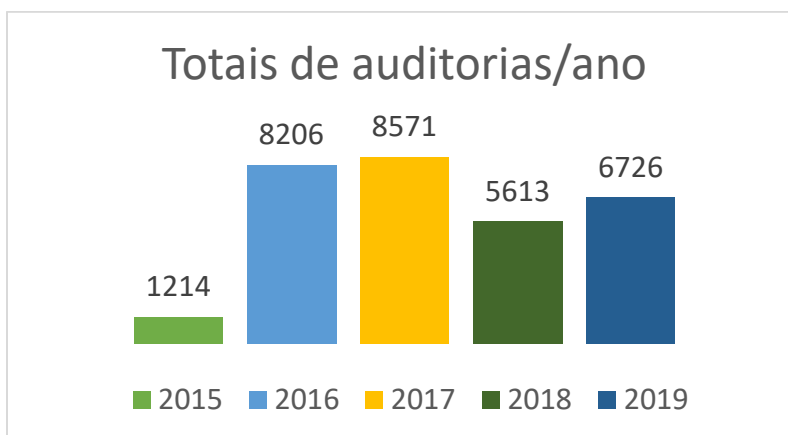


3.2.3. Auditorias internas no âmbito da identificação inequívoca do doente nas instituições

Neste subcapítulo serão analisados os dados relativos aos números absolutos de auditorias realizadas no âmbito da identificação inequívoca dos doentes, organizados por ARS, tipo de entidade e categoria de entidade.

O Gráfico 9 apresenta o total de auditorias por ano realizadas pelas instituições. Verifica-se que existe um aumento exponencial entre 2015 e 2017 sendo, contudo, notório um decréscimo nos anos de 2018 e 2019 ainda que mantendo valores superiores aos apresentados no 1º ano de avaliação. Constatase que a média de auditorias realizadas ao longo dos cinco anos é de 6066 auditorias/ano ($dp=2647,16$).

Gráfico 9 - Total de auditorias por ano



Para análise do total de auditorias realizadas por ano, é relevante considerar o número total de instituições respondentes das várias ARS em comparação com a percentagem de instituições que auditaram durante os anos em análise, como demonstrado no Quadro 11.

Realça-se que as ARS LVT é a única ARS que manteve um aumento da percentagem de instituições que realizaram auditorias, ao longo dos anos: em 2015, apresentou 33,3% de instituições que auditaram ($n=8$) e em 2019 já se verifica que 65,38% das instituições auditaram ($n=17$).

Por sua vez, nos anos de 2018 e de 2019, as ARS Norte, Centro e LVT apresentaram mais de 50% das instituições que realizaram auditorias no âmbito da identificação inequívoca dos doentes. Em oposição, as ARS Alentejo e Algarve nos mesmos anos apresentaram um máximo percentual de 33,33% (ARS Alentejo) das instituições a auditar. Sendo que em 2019 não foram reportados dados relativos à ARS Algarve.

Embora a ARS Alentejo aumente o número de instituições respondentes (máximo de n=4), apenas uma instituição ao longo dos anos realizou as auditorias, o que corresponde a 50% no ano 2015, 25% nos três anos subsequentes e 33,33% em 2019.

Na ARS Algarve o máximo de instituições que auditou os processos relacionados com a identificação inequívoca dos doentes foi apenas de 33,33% (n=1), sendo que no primeiro ano nenhuma instituição realizou auditorias e no último ano não foram reportados dados.

Quadro 11 - Número total de instituições por ARS e percentagem de instituições que realiza auditorias entre 2015-2019

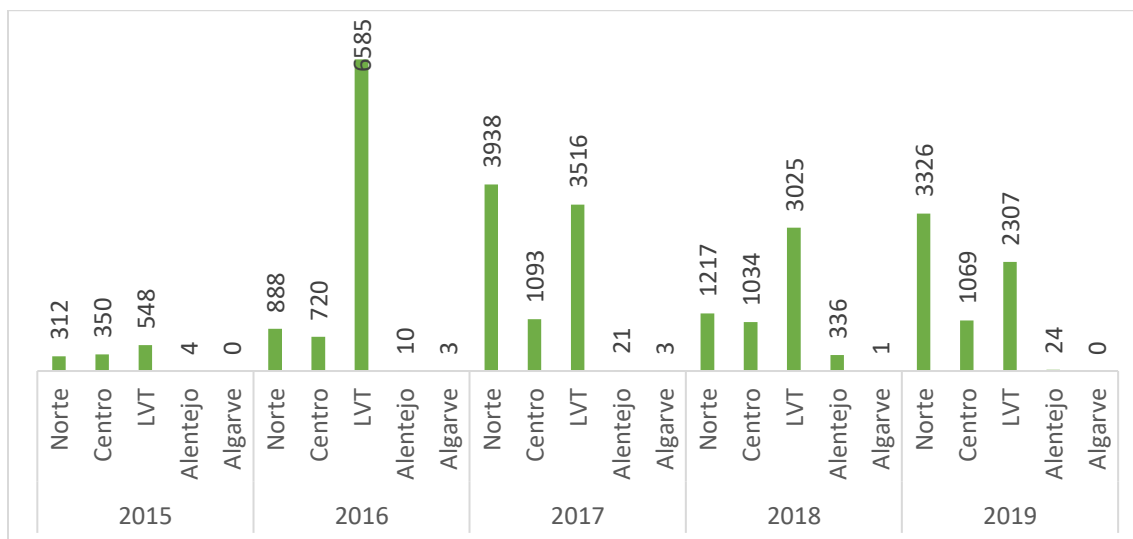
	ARS NORTE		ARS CENTRO		ARS LVT		ARS ALENTEJO		ARS ALGARVE	
	Total de instit.	Audit (%)	Total de instit.	Audit (%)	Total de instit.	Audit (%)	Total de instit.	Audit (%)	Total de instit.	Audit (%)
2015	37	29,73	16	37,5	24	33,33	2	50	3	0
2016	37	45,95	18	61,11	30	40	4	25	4	25
2017	37	43,24	18	61,11	28	46,43	4	25	3	33,33
2018	37	51,35	18	61,11	29	51,72	4	25	4	25
2019	37	64,86	18	55,56	26	65,38	3	33,33	0	0

Importa, ainda, analisar o número de auditorias por ARS. Como se constata no Gráfico 10, o número de auditorias realizadas é variável ao longo dos anos. Por exemplo, a ARS Alentejo realizou quatro auditorias em 2015 e nos três anos

subsequentes comprovou-se um aumento, no entanto, em 2019 diminui o número de auditorias realizadas (n=24).

Em 2017 e 2019, a ARS Norte realizou mais auditorias que as restantes (n=3938; n= 3326, respetivamente). Nos outros anos analisados a ARS LVT é a que tem maior número de auditorias seguida da ARS Centro.

Gráfico 10 - Total de auditorias por ARS entre 2015-2019



Considerando a média de auditorias/ano em cada ARS durante os vários anos em análise, constata-se que a ARS LVT é aquela com a média mais elevada ($\bar{x}=3196,2$; $dp=1427,78$).

Seguidamente apresentam-se as médias de auditorias por ano nas restantes ARS:

- A ARS Norte tem uma média de 1936,2 auditorias/ano ($dp=285,56$).
- A ARS Centro apresenta uma média de 853,2 auditorias/ano ($dp=1970,75$).
- A ARS Alentejo apresenta uma média de 79 auditorias/ano ($dp=128,70$).
- A ARS Algarve tem uma média de 1,4 auditorias/ano ($dp=1,36$).

Embora o número de instituições que realizou auditorias globalmente aumente, ao longo dos anos, o número de auditorias realizadas aparenta não ter acompanhado esta tendência.

No Quadro 12 encontram-se as medidas de tendência central e dispersão relativas às auditorias realizadas no âmbito da identificação inequívoca dos doentes por ARS e por ano. Salienta-se que a maior média de auditorias por ano é da ARS LVT em 2016 ($\bar{x}=219,5$; $dp=203,654$), seguida da ARS Norte em 2017 ($\bar{x}=106,43$; $dp=95,447$). A menor média apresentada é pela ARS Algarve em 2016 ($\bar{x}=0,75$; $dp=0,75$).

Quadro 12 - Medidas de tendência central e dispersão relativas ao número de auditorias por ARS entre 2015-2019

	ARS														
	Norte			Centro			LVT			Alentejo			Algarve		
	Total	Média	dp	Total	Média	dp	Total	Média	dp	Total	Média	dp	Total	Média	dp
2015	37	8,43	7,024	16	21,88	15,747	24	22,83	21,45	2	2	2	3	0	0
2016	37	24	14,909	18	40	24,587	30	219,5	203,654	4	2,5	2,5	4	0,75	0,75
2017	37	106,43	95,447	18	60,72	41,063	28	125,57	101,628	4	5,25	5,25	3	1	1
2018	37	32,89	18,276	18	57,44	36,893	29	104,31	67,478	4	84	84	4	0,25	0,25
2019	37	89,89	60,988	18	59,39	36,928	26	88,73	54,759	3	8	8	0	0	0

No que diz respeito à tipologia de entidade com mais auditorias realizadas ao longo dos anos são os hospitais, com exceção do ano de 2017 e 2019, que apresentam valores mais elevados na realização das auditorias. Nos anos referidos anteriormente constata-se que foram os Centros Hospitalares a apresentarem maior número de auditorias realizadas ($n=4604$; $n=4081$, respetivamente).

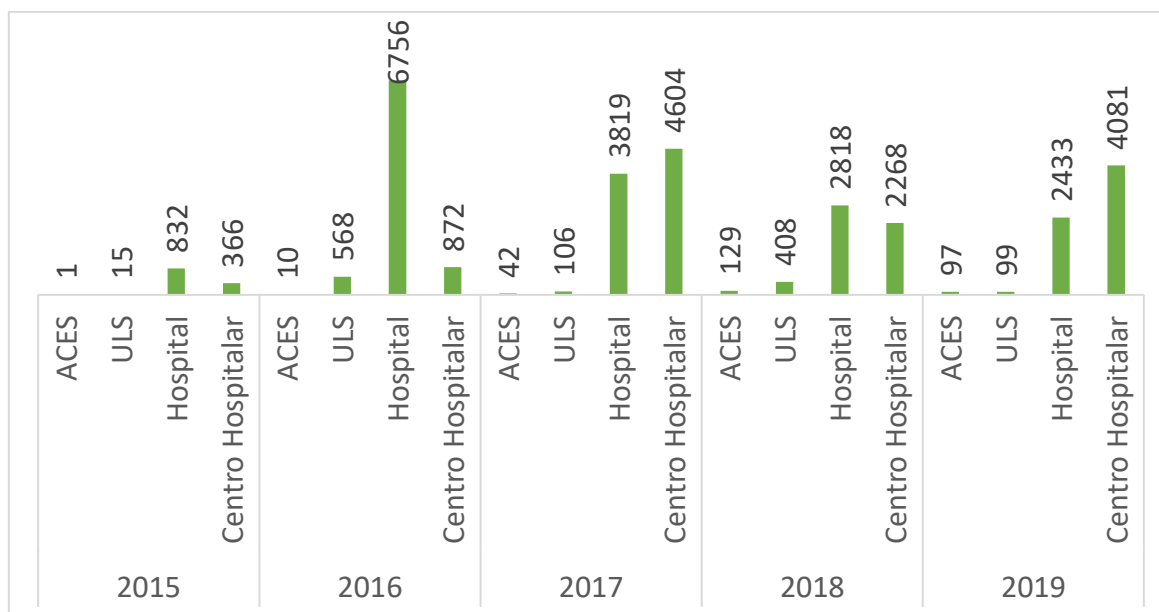
Como se torna notório, através da análise do Gráfico 11, existe um aumento global do número de auditorias realizadas entre o primeiro e o último ano em análise.

O máximo registado em número total de auditorias realizadas foi em 2016 nos hospitais, reportando 6756 auditorias. Seguiu-se os Centro Hospitalares com 4604 auditorias em 2017.

As médias e desvio-padrão das auditorias por entidade são as seguintes:

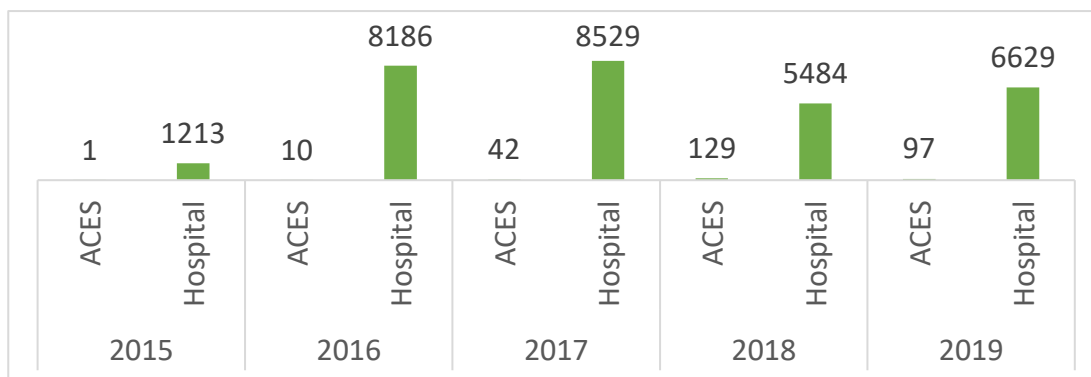
- Os ACES apresentam a menor média com 55,8 auditorias/ano ($dp=49,69$).
- As ULS apresentam uma média de 239,2 auditorias/ano ($dp=211,79$).
- Os Centro Hospitalares apresentam uma média de 2438,2 auditorias/ano ($dp=1683,18$).
- Os Hospitais apresentam a maior média com 6008,2 auditorias/ano ($dp=1963,84$).

Gráfico 11 – Número total de auditorias por tipo de entidade entre 2015-2019



Os mesmos dados organizados por categoria de entidade apresentam-se no Gráfico 12. Como evidenciado anteriormente, os resultados evidenciam, de novo, que a categoria hospitalar apresenta um maior número de auditorias no âmbito da identificação inequívoca dos doentes em comparação com os ACES. Contudo, é de relevar que os números de auditorias realizadas nos ACES aumentaram progressivamente ainda que com números sempre e significativamente inferiores aos Hospitais.

Gráfico 12 - Total de auditorias por categoria de entidade entre 2015-2019.



4. DISCUSSÃO

No presente capítulo procede-se à interpretação e discussão dos resultados obtidos, com o intuito de responder ao objetivo delineado: analisar o cumprimento do PNSD 2015-2020 referente à identificação inequívoca do doente, nas instituições do SNS em território nacional. Os resultados serão relacionados com o enquadramento teórico que lhe serve de referência, bem como com a evidência científica mais atualizada e disponível sobre a identificação inequívoca dos doentes.

Considerando a amostra do presente estudo, esta foi analisada por ARS, por tipo de entidade (dados agrupados por ACES, ULS, hospital e centro hospitalar) e por categoria de entidade (dados agrupados por ACES e hospital).

Verificou-se que a ARS Norte mantém sempre o mesmo número de instituições respondentes (n=37) representando mais de 39% da amostra, seguida pela ARS LVT que representa mais de 29% da amostra e da ARS Centro que representa mais de 19% da amostra, totalizando mais de 87% da amostra. Estes dados são consistentes com os dados descritos no *website* do SNS, em que a junção das três ARS representa aproximadamente 87% das instituições de saúde a nível nacional continental (<https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>).

No que diz respeito ao tipo de entidade, os ACES representam a maioria da amostra, com um máximo de 46 instituições (no ano de 2016) seguida pelos centros hospitalares, com um máximo de 22 instituições (no ano de 2019). No entanto, quando se categorizam as entidades, os ACES apenas apresentam mais instituições respondentes no ano de 2016, sendo que nos restantes os hospitais têm mais instituições respondentes. Tal facto deve-se a que na categorização de “Hospital” estão incluídos as ULS, os hospitais e os centros hospitalares.

Como meta para 2020 era definido que 95% das instituições tinham que ter implementada estratégias para a identificação inequívoca dos doentes. Durante o período em análise, do ano de 2015 ao ano de 2019, assiste-se a um aumento gradual na percentagem de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes, passando de 19,7% (no ano de 2015) para

91,7% das instituições respondentes. Embora a meta não tenha sido atingida, os dados apresentam uma tendência crescente e a meta está próxima de ser alcançada, demonstrando o esforço dos profissionais para a criação e manutenção de uma cultura de segurança nos contextos prestadores de cuidados de saúde em Portugal.

Estes resultados salientam a importância da formação e implicação dos profissionais no processo de identificação dos doentes, como demonstrado no estudo descritivo e exploratório desenvolvido por Hemesath et al. (2015), com o objetivo de comprovar o impacto da formação na adesão aos processos de verificação das pulseiras de identificação, comprovando uma melhoria de 42,9% para 94,37% em apenas um ano de implementação.

Globalmente, todas as ARS participantes no estudo tiveram um aumento do número de instituições com estratégia implementada para a identificação inequívoca dos doentes, sugerindo que existe um compromisso por parte das organizações de saúde em aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, uma vez que o erro associado à identificação correta dos doentes é possível de prevenir (Lippi, Mattiuzzi, et al., 2017a; Macedo et al., 2017).

Verifica-se que os ACES são o tipo de entidade com o maior diferencial entre o número de instituições com estratégia local implementada e o número de instituições sem estratégia local implementada. Contudo, constata-se um aumento percentual de 35,68% do total de instituições respondentes entre o primeiro e o último ano em análise. No primeiro ano em análise, 51,16% dos ACES tinham implementada estratégia de identificação dos doentes, evoluindo para 86,84% dos ACES no ano de 2019. Tal facto pode dever-se à não uniformização de protocolos para a identificação inequívoca dos doentes em contexto de saúde primária, uma vez que a identificação dos doentes com pulseira de identificação apenas se aplica em internamento hospitalar ou internamentos em unidades de cuidados continuados de longa duração, hospital de dia, na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cirurgia de ambulatório e atendimento em urgências (Direção Geral da Saúde, 2011). Pode também estar relacionado com a pouca variabilidade da sua população alvo de cuidados, uma

vez que são constituídos por um ou mais centros de saúde que abrangem determinada área geográfica. Esta circunstância pode conduzir à não verificação tão regular da identificação dos doentes, uma vez que ainda existe a crença de que a constante verificação poderá afetar a dignidade do cliente (Smith et al., 2011).

Na categorização de entidades, os hospitais apresentam sempre uma percentagem de instituições superior a 93%. Esta categoria de entidade incorpora ULS, hospitais e centros hospitalares como já foi referido anteriormente. A inclusão de alguns contextos de cuidados de saúde primários nas ULS, onde não é obrigatório o uso de pulseira de identificação e não é uniforme o protocolo de identificação dos doentes, pode justificar que a categoria de entidade hospitais apresente este resultado.

No que diz respeito à notificação de incidentes associados à identificação inequívoca dos doentes, e considerando que esta é uma atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão (Direção Geral da Saúde, 2014), os números de notificações apresentados entre 2015 e 2019 aparentam ser baixos, localizando-se entre as 246 e as 389 notificações.

É exceção o ano de 2016 em que foram registadas 1464 notificações no âmbito da identificação inequívoca dos doentes, sendo que destas 1124 foram realizadas em apenas uma instituição da ARS Alentejo.

A percentagem de instituições que notifica foi aumentando ao longo dos anos em análise, no entanto é de salientar que apenas existem duas percentagens superiores a 50%: a ARS LVT em 2019 em que cerca de 56,85% das suas instituições realizou notificações e na ARS Alentejo no ano de 2018 em que cerca de 50% das instituições o fizeram. Estes resultados podem sugerir que existe subnotificação de incidentes.

Uma revisão integrativa da literatura realizada no Brasil, com o objetivo de identificar e analisar as publicações nacionais sobre os motivos para a não notificação de incidentes de segurança dos doentes por profissionais de saúde no contexto dos serviços de saúde brasileiros identificou como barreiras à notificação: a cultura punitiva nos sistemas de saúde, a sobrecarga de trabalho, o

esquecimento, a não valorização dos eventos adversos, o sentimento de medo ou vergonha por parte dos profissionais, a falta de conhecimento sobre os eventos adversos, a falta de conhecimento sobre a realização de notificações, a hierarquização do processo de notificar (sendo os enfermeiros apontados como responsáveis pela notificação, desresponsabilizando os outros profissionais), a falta de feedback e de incentivo ao notificador, a incerteza sobre o que notificar e a inexistência de mudanças positivas após a notificação (Alves, Carvalho, & Albuquerque, 2019).

Para sustentar o exposto anteriormente, realça-se o estudo quantitativo descritivo desenvolvido pela Direção Geral da Saúde e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015), com o objetivo de avaliar e monitorizar a cultura de segurança do doente nos serviços prestadores de cuidados do sistema nacional de saúde. Realizado em 2014, integrou 55 unidades hospitalares em Portugal com 17 928 respostas e demonstrou que 53% da amostra afirma que os erros conduzem a mudanças positivas, 45% da amostra afirma que existe informação sobre as mudanças realizadas após a notificação do erro e 33% da amostra realça que quando é notificado um erro existe cultura punitiva. O mesmo estudo evidenciava como áreas prioritárias de intervenção a resposta ao erro não punitiva e o aumento da frequência de notificações.

O aumento do número de instituições que realiza notificações apurado neste estudo não foi acompanhado pelo aumento do número de notificações de incidentes, o que pode sugerir que é necessário fomentar a adesão dos profissionais a esta prática, desburocratizar os sistemas de notificação, fornecer feedback aos notificadores e produzir mudanças efetivas para garantir a segurança e qualidade dos cuidados tal como sugerem Alves et al. (2019) e Martins (2017).

O estudo quantitativo desenvolvido por Martins (2017), com o objetivo de conhecer a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central português, tem uma amostra de 332 enfermeiros e conclui que os eventos adversos são subnotificados, enquanto os eventos com dano trágico são quase sempre

notificados. É também concluído nesse estudo que as principais barreiras apontadas pelos profissionais são o esquecimento decorrente da carga de trabalho, a evolução do caso tornar desnecessária a notificação e a aplicação informática não ser intuitiva. É apontado como sugestão de melhoria a implementação de formação contínua na área da segurança e da notificação proativa de eventos.

Os hospitais são, como se verificou, a categoria de entidade que apresenta maior número de notificações reportadas (n=2745) comparativamente aos ACES (n=38), podendo sugerir que a existência de plataformas eletrónicas intuitivas para a notificação é um fator preditivo para o aumento da notificação de incidentes, como é demonstrado pelo estudo referido anteriormente de Martins (2017) em que 35,7% dos profissionais integrantes da amostra não considera o programa institucional intuitivo/operacional.

Por último, e no que diz respeito às auditorias, constata-se que no último ano em análise (2019) foram realizadas 6726 auditorias no âmbito da identificação inequívoca dos doentes, correspondendo a cinco vezes mais que no primeiro ano em análise (2015). O ano com mais auditorias foi 2017 (n=8571), com um máximo percentual de instituições que auditava de 47,06% na ARS Centro.

Ao longo do período de anos entre 2015 e 2019 é notório o aumento percentual de instituições que realizam auditorias especialmente a partir de 2018 em que as ARS Norte, Centro e LVT apresentaram mais de 50% das suas instituições a realizar auditorias. No primeiro ano em análise (2015), a ARS Alentejo apresentava 50% das suas instituições a realizar auditorias, o que correspondia a uma instituição. Estes valores revelam a valorização e adesão crescente a estratégias promotoras da segurança dos doentes como efeito da implementação do PNSD 2015-2020 e do trabalho das CQS das instituições participantes.

Este aumento do número de instituições que realiza auditorias não é, no entanto, ainda acompanhado pelo aumento do número de auditorias realizadas, uma vez que os totais de auditorias nos últimos dois anos em análise constituem o 2ª e 3ª valor mais baixos (n= 5613 e n=6726, respetivamente). Não existir

aumento de auditorias realizadas ao longo dos anos pode sugerir que os profissionais não estão ativamente envolvidos, podendo revelar a necessidade de contribuir para a adesão e colaboração dos mesmos na sua realização.

Existem fatores que influenciam uma auditoria, como é demonstrado num estudo multissetorial desenvolvido por Gelderen et al. (2018), com uma amostra de 81 hospitais noruegueses e com o objetivo de quantificar os fatores que influenciam uma auditoria. Os resultados deste estudo demonstram que uma equipa com conhecimentos e/ou vontade de aprender sobre segurança e qualidade dos cuidados é um contributo para o sucesso das auditorias. Foram realçados outros aspetos que influenciam as auditorias, tais como o departamento ter conhecimento de que vai ser auditado (referido por 59% dos enfermeiros gestores), os doentes serem fonte de informação durante as auditorias (referido por 95% dos enfermeiros gestores) e a presença de um especialista em auditorias (referido por 88% dos enfermeiros gestores).

Os tipos de entidades que realizaram mais auditorias são os hospitais e os centros hospitalares, podendo sugerir que nestas instituições existem protocolos para a identificação inequívoca dos doentes transversais a toda a equipa multidisciplinar, tornando a realização de auditorias mais estruturada. No que diz respeito aos dados relativos aos ACES e ULS estes podem sugerir que a inexistência de estratégias locais implementadas para a identificação inequívoca dos doentes conduz à não realização de auditorias. No entanto, após contacto com a DGS para esclarecimento de dúvidas, foi esclarecido que existem unidades que desenvolveram listas de verificação baseadas na Norma nº 18/2011 da DGS, surgindo o exemplo de instituições que não tinham implementada estratégia de identificação inequívoca, mas que realizavam auditorias neste âmbito.

5. CONCLUSÃO

A realização do presente estudo assentou na vontade de contribuir para o incremento da segurança e da qualidade dos cuidados prestados nas várias instituições constituintes do SNS. A temática em investigação – a identificação inequívoca dos doentes – é um dos pontos fulcrais em que o cliente, o profissional e o enfermeiro gestor se cruzam e interligam para obter ganhos em saúde através de resultados seguros, de qualidade e centrados no cliente. Aliados a estas convicções, foram definidos objetivos que se consideram atingidos.

A realização inicial de uma revisão *scoping* permitiu aprofundar conhecimentos sobre os conceitos de identificação inequívoca, sobre a problemática do tema, bem como quais os fatores influenciadores do insucesso nos processos de identificação. A realização da referida revisão serviu de fio condutor para a interpretação dos dados fornecidos pela DGS.

De realçar que as instituições eram representativas de Portugal Continental com 39% das instituições participantes a integrar a ARS Norte e a junção desta com a ARS Centro e LVT correspondiam a 87%. O tipo de entidade que perfazia a maioria da amostra eram os ACES e na categorização de entidades predominava os Hospitais, uma vez que estes representam a junção entre ULS, Hospital e Centro Hospitalar.

Considerando os objetivos da presente dissertação, e no que diz respeito à implementação de estratégias locais para a identificação inequívoca de doentes, constatou-se um aumento de 19,7% no número de instituições que tinham estratégia local implementada, tendo-se atingido, no ano de 2019, o valor de 91,7% do total de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes. De concluir que, apesar do aumento significativo da implementação destas estratégias, a meta estabelecida de 95% ainda não tinha sido atingida.

Conclui-se, ainda, que as ARS aumentaram o número de instituições com estratégia local implementada para a identificação inequívoca dos doentes entre 2015 e 2019, bem como os ACES. Mais de 93% das instituições hospitalares já tinham implementada estratégia para a identificação inequívoca dos doentes.

No que diz respeito às notificações seria de esperar que, sendo este um processo disponível para profissionais e cidadãos de forma voluntária e anónima, os números de notificações pudessem ter sido maiores. O número de notificações realizadas no âmbito da identificação inequívoca dos doentes localizavam-se entre as 246 e as 389 notificações sendo que, apenas a ARS LVT e Alentejo, apresentaram mais de 50% de instituições que realizou notificações, sugerindo uma eventual subnotificação de incidentes.

Também se constatou que, apesar de se ter verificado um aumento do número de instituições que realizou notificações, este não foi acompanhado pelo aumento do número de notificações realizadas. Estes resultados podem sugerir a necessidade de maior adesão dos profissionais a estes processos, podendo este aumento na adesão ser facilitado através da desburocratização dos processos de notificação, da existência de feedback e da mudança efetiva após a notificação de incidente.

Conclui-se, no entanto, que apesar do aumento gradual do número de notificações, são os hospitais que lideram este processo, sendo que o número reduzido de notificações realizadas nos ACES merece um olhar atento sobre o que se pode melhorar nestes contextos para assegurar a identificação inequívoca dos doentes.

No sentido de dar resposta ao terceiro objetivo específico, pode-se dizer que as auditorias realizadas em 2019 correspondem a cinco vezes mais que as auditorias realizadas em 2015, o que evidencia um maior investimento no controlo dos processos de segurança dos doentes. De novo, a categoria hospitalar apresenta maior número de auditorias realizadas. De concluir, que a existência de normas para a identificação inequívoca dos doentes pode contribuir para um processo de auditar mais estruturado e concretizado.

Como sugestões para o novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 apresentam-se:

- A criação de normas para a identificação inequívoca dos doentes para os Cuidados de Saúde Primários, que seja de fácil aplicação e que seja transversal a todas as unidades. A Norma nº 18/2011 está

direcionada para os níveis de cuidados de saúde secundários e terciários, no entanto, os Cuidados de Saúde Primários assumem-se como uma porta de entrada dos cidadãos no SNS, tornando-se premente a criação desta norma.

- A realização de um Glossário com os conceitos e respetivas definições para consulta frequente dos profissionais das várias CQS das instituições respondentes, garantindo que os mesmos são transversais.
- Melhoria do formulário aplicado às CQS, com adaptação das questões, garantindo que as mesmas dão resposta às metas propostas para os vários objetivos estratégicos.

Como pontos fortes do estudo assume-se a fiabilidade dos dados, uma vez que os mesmos foram disponibilizados pela DGS e a pertinência dos mesmos no estudo da temática em causa – a identificação inequívoca dos doentes.

Realça-se ainda como ponto forte que a amostra é composta por instituições a nível nacional continental, dos vários níveis de cuidados de saúde do SNS, permitindo analisar a abrangência da temática em vários contextos.

Como limitações do estudo apresenta-se a codificação dos dados por parte da DGS o que tornou impossível relacionar os dados das instituições ao longo dos vários anos. Perde-se assim a possibilidade de perceber a evolução dentro de cada instituição. O facto de haver instituições que não responderam ao questionário, impossibilitou a representação nacional completa das instituições do SNS em Portugal Continental.

O presente estudo deu-nos a conhecer a primeira abordagem sobre o processo de segurança, nomeadamente, sobre a problemática da identificação inequívoca dos doentes, a nível nacional. A tendência crescente dos resultados apresentados comprova a importância do enfermeiro gestor como promotor de práticas de excelência e como principal impulsionador da criação de culturas de segurança em contextos prestadores de cuidados de saúde.

É fundamental a compreensão da importância da segurança e da qualidade dos cuidados, nomeadamente na temática da identificação inequívoca do doente.

Espera-se que este estudo seja um contributo positivo para a área da gestão em enfermagem, bem como para investigações futuras. Efetivamente, a meta está perto de ser atingida, podendo tornar-se um desafio para os enfermeiros gestores a criação e aplicação de novas estratégias locais para a identificação inequívoca dos doentes, salientando a necessidade de criar culturas não punitivas face ao erro e do investimento na área da formação em segurança aos profissionais de saúde, mais em particular, aos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggarwal, R., & Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 2 - Descriptive studies. *Perspectives in Clinical Research*, 10(1), 34–36. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_154_18
- AHRQ. (2013). *National Healthcare Quality Report*.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., ... Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>
- Alves, M. de F. T., Carvalho, D. S. de, & Albuquerque, G. S. C. de. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- American Nurses Association. (2016). *Nursing administration: Scope and standards of practice* (2nd ed.). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.powt.2016.12.055><https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006><https://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.04.024><https://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.12.27252><http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: revisão de literatura. *Servir*, 59-nº4, 12–16.
- Budnitz, D. S., Pollock, D. A., Weidenbach, K. N., Mendelsohn, A. B., Schroeder, T. J., & Annet, J. L. (2006). National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA*, 296, 1858–1866. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.07.041>
- Cengiz, C., Celik, Y., & Hikmet, N. (2010). Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(8).

- Comissão das Comunidades Europeias. (2008). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.*
- Conselho da União Europeia. (2009). Recomendação do Conselho. *Jornal Oficial Da União Europeia*, 151/1-151/6.
- Decreto-Lei n.º 284/99. , 1ª Série-A Diário da República (1999).
- Decreto-Lei nº 222/2007. , 1ª série Diário da República (2007).
- Decreto Lei nº 28/2008. , 1ª Série Diário da República (2008).
- Despacho n.º 1400-A/2015. , 2.ª série Diário da República (2015).
- Direção Geral da Saúde. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. In *Orientação da Direção-Geral da Saúde.*
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificação - Manual do Cidadão Notificador.*
- Direção Geral da Saúde, & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). *Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura nos hospitais.*
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. In *HAP*.
<https://doi.org/10.1001/jama.1989.03420080065026>
- Dubois, C. A., Damour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12, 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>
- ECRI Institute. (2016). Patient identification: executive summary. *HealthManagement.Org*, 16(4), 344–348. Retrieved from <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/patient->

identification-executive-summary

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Estudo sobre Desempenho das Unidades Locais de Saúde*. 1–39. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf

European Commission. (2010). Patient safety and quality of healthcare. In *TNS Opinion & Social*. <https://doi.org/10.1177/0969733013509042>

Gelderen, S. C. Van, Zegers, M., Robben, P. B., Boeijen, W., Westert, G. P., & Wollersheim, H. C. (2018). Important factors for effective patient safety governance auditing: a questionnaire survey. *BMC Health Services Research*, *18*, 1–10.

Godinho, N. (2018). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Retrieved from <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018.pdf>

Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Understanding nursing research: Building an evidence-based practice. In *Elsevier*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01913.x>

Hemesath, M. P. rad., Santos, H. B. arret., Torelly, E. M. ari. S., Silveira Barbosa, A., & Magalhães, A. M. ari. M. (2015). Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *36*(4), 43–48. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>

Hoffmeister, L. V., & De Moura, G. M. S. S. (2015). Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(1), 36–43. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>

- Institute of Medicine. (1990). Medicare: A strategy for quality assurance. In *The National Academies Press*. <https://doi.org/10.17226/1547>
- Institute of Medicine. (1999). To err is human: Building a safer health system. In *Australian Doctor*. <https://doi.org/https://doi.org/10.17226/9728>
- Institute of Medicine. (2011). Future of nursing: Leading change, advancing health. In *Medicine*. Retrieved from <http://www.nap.edu/catalog/12956.html>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality and Safety*, *22*, 809–815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G., & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, *57*(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
- Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>
- Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient safety movement: History and future directions. *Journal of Hand Surgery*, *43*(2), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>
- 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. <https://doi.org/10.1515/jomb-2017-0003>
- Lippi, G., Mattiuzzi, C., Bovo, C., & Favaloro, E. J. (2017a). Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. *Clinical Biochemistry*. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.02.004>
- Lippi, G., Mattiuzzi, C., Bovo, C., & Favaloro, E. J. (2017b). Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. *Clinical*

Biochemistry, 50(10–11), 562–567.

<https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.02.004>

Macedo, M., Almeida, L., Assad, L., Rocha, R., Ribeiro, G., & Pereira, L. (2017). Patient identification through electronic wristband in an adult general intensive care unit. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 63–70.

<https://doi.org/10.12707/riv16087>

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application* (9th editio). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Martins, J., & Nogueira, P. (2017). Semântica da Informação em Saúde. Retrieved May 18, 2021, from

<https://storage.meliora.pt/3/pubs/77/content/1514570937/index.html#h>

Martins, L. (2017). *Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central* (Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Retrieved from

[https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7321/1/Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7321/1/Adesão%20à%20notificação%20de%20eventos%20pelos%20enfermeiros%20dos%20serviços%20de%20internamento%20e%20unidades%20de%20cuidados%20intensivos%20de%20um%20hospital%20central.pdf)

Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43–46.

<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>

Munari, D. B., & Bezerra, A. L. Q. (2004). Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 484–486. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000400020>

Murray, E. (2017). *Nursing leadership and management for patient safety and quality care*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico*. (2015).

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. , 2ª série, Diário da República § (2015).

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Essentials of nursing research - Appraising evidence for nursing practice*.

Ranganathan, P., & Aggarwal, R. (2018). Study designs: Part 1- An overview and classification. *Perspectives in Clinical Research*, 9(4), 184–186.
https://doi.org/10.4103/picr.PICR_124_18

Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. , Diário da República, 2ª Série - Nº21 - 30 de janeiro de 2018 § (2018).

Silva, R., Santos, R., Menezes, H., Costa, T., Oliveira, L., Fernandes, S., & Lima, F. (2020). Evaluación de la conformidad de utilización de un protocolo para la identificación de pacientes. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2).
<https://doi.org/10.5380/jpe.v9i17/18.46806>

Slawomirski, L., Aaraaen, A., & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*.

Smith, A. F., Casey, K., Wilson, J., & Fischbacher-Smith, D. (2011). Wristbands as aids to reduce misidentification: An ethnographically guided task analysis. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 590–599.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr045>

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: A contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>

The National Patient Safety Foundation. (2015). *Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human*.

Ustá, V. (2019). *Monitotização da Qualidade e Segurança*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-reuniao-dez-2019-pdf.aspx>

- Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). The safety organizing scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care*, *45*, 46–54. Retrieved from <http://graphics.tx.ovid.com.ezproxy.library.unlv.edu/ovftpdfs/FPDDNCMCKEDPMF00/fs046/ovft/live/gv023/00005650/00005650-200701000-00007.pdf>
- Wang, K. Y., Chou, C. C., & Lai, J. C. Y. (2019). A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient-safety-culture attitude among nurses. *Journal of Nursing Management*, *27*, 225–232. <https://doi.org/10.1111/jonm.12669>
- Weiss, S. A., & Tappen, R. M. (2015). *Essentials of nursing leadership and management* (6^a). F.A. Davis Company.
- Weiss, S., Tappen, R., & Grimley, K. (2019). Essentials of nursing leadership & management. In □□□□□ □□□□□ (7^a, Vol. 4). Retrieved from <http://marefateadyan.nashriyat.ir/node/150>
- WHO. (2018). Handbook for national quality policy and strategy. In *Who*. Retrieved from http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/
- WHO. (2021). *Draft global patient safety action plan 2021-2030*.
- Wildman, S., & Hewison, A. (2009). Rediscovering a history of nursing management: From Nightingale to the modern matron. *International Journal of Nursing Studies*, *46*, 1650–1661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.008>
- Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, *15*, 508–521. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de colaboração em Projeto de Investigação

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS

REQUERENTE

Nome completo: Judite Lopes Constâncio

Morada completa:

N.º de identificação civil:

NIF:

Contacto telefónico:

Email:

INSTITUIÇÃO

Instituição: **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)**

Morada completa: **Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa**

N.º de Pessoa Coletiva / NIF:

Responsável pelo tratamento dos dados: Judite Lopes Constâncio

Coordenador / Orientador do estudo ou investigação: **Profª Filomena Gaspar**

N.º de identificação civil:

NIF:

Contacto telefónico:

Email:

PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Nome do Projeto: **Avaliação do PNSD 2015-2020 no âmbito do protocolo Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/Direção Geral da Saúde - OE - 5**

Objetivos do estudo/investigação: **Avaliar o OE5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes, no âmbito do PNSD 2015-2020**

Âmbito da participação da DGS: **disponibilização dos dados em estudo, anonimizados**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

PEDIDO DE CEDÊNCIA DE DADOS ANONIMIZADOS

Solicito que me seja disponibilizado, para o seguinte contacto

E relativo ao período entre _____ e _____, os seguintes dados (indicadores/variáveis):

Relativo ao Objetivo Estratégico nº 5

Mais informo que os mesmos se destinam exclusivamente a: **estudo dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

Comprometo-me a:

- Utilizar os dados apenas para os fins acima identificados;
- Recorrer apenas à informação necessária e pertinente à finalidade acima identificada;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Não utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição;
- Ser o único responsável pelos dados e indicadores que calcular a partir dos dados disponibilizados;
- Suportar eventuais encargos financeiros com a disponibilização e o eventual tratamento dos dados;
- Mencionar sempre a fonte dos dados (dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde) e identificar a respetiva base de dados;
- Dar conhecimento prévio à Direção-Geral da Saúde dos resultados do estudo / investigação, bem como das publicações geradas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados.

Solicitei e anexo os seguintes documentos (se aplicável)

Protocolo de Investigação

Autorização para realização do estudo por parte da entidade de acolhimento do investigador

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovação pela Comissão Nacional de Proteção de Dados

Data: 4/8/2020

Assinatura: Judite Costa

AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO DQS

Aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado e designo o colaborador _____ como ponto de contato para este projeto.

Não aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado.

Autorizo a cedência de dados, porque os dados solicitados são anonimizados, está protegida a sua confidencialidade, e a finalidade da cedência dos mesmos prende-se com razões de interesse público, científico e de investigação.

Não autorizo a cedência de dados.

Data:

Assinatura:

ANEXO II – Declaração de Sigilo e Confidencialidade

DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE


Judite Lopes Constância, portador do documento de identificação n.º 14658684 colaborador (a) no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, relativamente aos dados pessoais sensíveis a que tem acesso, em virtude do desempenho da sua atividade profissional, compromete-se a:

a:

- Não revelar os dados pessoais e clínicos a terceiros;
- Utilizar os dados pessoais e clínicos apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Recorrer apenas aos dados pessoais e clínicos necessários e pertinentes para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Não copiar, nem replicar informação com dados pessoais e clínicos;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados pessoais, dados de saúde e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados;
- Abster-se e informar a Direção-Geral da Saúde sempre que haja conflito de interesses;

Manter o dever de sigilo e de confidencialidade mesmo após o termo de funções, cessando tal dever apenas nos termos legalmente previstos.

Lisboa, 7 /10 /2020


(Assinatura conforme consta no documento de identificação)