

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE EM CONTEXTO HOSPITALAR

Maria de Fátima Sequeira de Almeida

Orientadora

Doutora Margarida Eiras - Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Júri

Presidente: Mestre Gilda Cunha - Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Arguente: Mestre Susana Ramos – Centro Hospitalar Lisboa Central

4º Curso Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão inclui as críticas e sugestões do júri)

Lisboa, 2016

É proibida toda e qualquer reprodução deste estudo por qualquer meio físico ou digital, nomeadamente por fotocópia, digitalização e distribuição em formato eletrónico, sem autorização dos autores. São exceções a transcrição de pequenos textos e tabelas para apresentação do tema abordado e para utilização na prática clínica hospitalar. As transgressões serão passíveis das penalizações previstas na lei.

Aos meus Pais, pelo dom da vida!
Aos meus familiares e amigos que a complementam!
Aos companheiros de viagem que partilham alegrias e dores!

Resumo

A Organização Mundial de Saúde classifica a identificação do doente como a primeira meta internacional de segurança, devendo os hospitais desenvolver estratégias para a sua implementação.

Trabalho descritivo e transversal com o objetivo de estudar o modo como os enfermeiros dos serviços de internamento e do ambulatório de um hospital central percebem e vivem o processo de identificação do doente.

Observaram-se as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo, durante 100 horas. Identificaram-se 566 oportunidades de identificação do doente, 49% das quais antes da administração de medicação. No final do período de observação foi aplicado questionário.

Amostra, maioritariamente feminina (80%) e licenciada (61%), refere que 67% dos profissionais não teve formação específica em segurança do doente, e apenas oito tiveram formação em identificação do doente. Enfermeiros com nove ou menos anos de experiência profissional e que trabalham há seis ou menos anos no serviço atual, dão respostas, percentualmente, mais positivas.

Maioritariamente os enfermeiros desconhecem os identificadores inequívocos, considerando alguns o número da cama como um dado de identificação. Embora o uso de pulseira para identificação dos doentes faça parte da rotina dos serviços, a realidade demonstra que ainda não há a cultura de a conferir antes dos procedimentos, desconsiderando-se, este importante recurso de prevenção de eventos adversos.

Formação e auditorias à aplicação do procedimento de identificação do doente e o desenvolvimento de uma cultura de segurança com registo de eventos adversos, pode ajudar à identificação de potenciais problemas e ajudar a melhorar os procedimentos de identificação inequívoca do doente.

Palavras-chave: Identificação do doente; qualidade e segurança do doente.

Abstract

The World Health Organization (WHO) classifies patient identification as the first international safety goal, thus, hospitals must develop strategies to implement the unequivocal identification of the patient.

This is a descriptive cross-sectional study aimed to investigate how nurses from inpatient and outpatient services of a central hospital perceive and live the patient identification process.

The activities performed by the nurses who accepted to participate in the study were observed, over a total of 100 hours. There were 566 opportunities to make the patient identification, 49% of which were before medicine administration. At the end of the observation period a questionnaire was applied.

The sample was mostly female (80%) and 61% of the total number of nurses surveyed were honors graduates. The nurses answered that they didn't have training in patient safety, and only eight nurses had training in patient identification. The nurses with nine or less years of experience and those working for six years or less in the current service were the ones who gave the more positive answers percentage-wise.

Most nurses were unaware of the meaning of unambiguous identifiers. Furthermore, some of them were under the impression that the bed number was a patient identifier. Although the use of a bracelet with the patient identification is used in most services, the results show that there isn't the habit of checking it before the procedures, therefore disregarding an important resource for the prevention of adverse eventualities.

Training and audits on the implementation of the patient identification procedure and the development of a safety culture with the registration of adverse situations, can help to identify potential problems and help to improve the unambiguous identification procedures of the patient.

Keywords: patient identification; quality and patient safety.

Índice Geral

	Pág.
Resumo	V
Abstrat	VI
Índice Geral	VII
Índice de Figuras e de Gráficos	IX
Índice de Quadros	XI
Lista de Abreviaturas e Siglas	XIII
PARTE I	1
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Qualidade e segurança do doente	5
2.2. O erro e o tipo de erros	7
2.3. Identificação inequívoca do doente	9
2.4. Identificação deficiente do doente – consequências na segurança	11
2.4.1. A identificação do doente em Portugal	13
2.5. A identificação do doente na prevenção de erros	14
2.6. A enfermagem e os seus cuidados	16
2.7. Caraterização do hospital onde decorreu o estudo	20
2.8. Destaque do capítulo enquadramento teórico	21
PARTE II	23
3. METODOLOGIA	23
3.1. Tipo de estudo	23
3.2. Questões de investigação	23
3.3. Objetivos do estudo	24
3.4. Variáveis	24
3.5. População e amostra	25
3.6. Instrumentos de recolha de dados	26
3.6.1. Validação dos instrumentos	27
3.6.2. Estratégias para a recolha de dados	29
3.7. Análise dos dados	29
3.8. Questões éticas	31
3.9. Limitações e constrangimentos do estudo	32
3.10. Destaque do capítulo metodologia	32
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
4.1. Caraterização sociodemográfica da amostra	33
4.2. Caraterização da amostra por momentos de observação	37
4.3. Apresentação dos resultados globais por dimensão em estudo	43
4.3.1. Comparação de resultados entre serviços	49
4.3.2. Descrição de resultados das variáveis formação profissional, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço	54

	Pág.
4.4. Destaque do capítulo apresentação, análise e discussão dos resultados	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	67
Anexo I Guia de Observação da OMS – Higienização das mãos	69
Anexo II Pedido de autorização para realização do estudo	73
APÊNDICES	77
Apêndice I Quadro A – Variáveis do estudo	79
Apêndice II Guião de observação da identificação do doente	83
Apêndice III Questionário sujeito a pré-teste	87
Apêndice IV Quadro B – Reformulação das questões após pré-teste	95
Apêndice V Questionário definitivo	99
Apêndice VI Quadro C – Dimensões e sub-dimensões em estudo no questionário	107
Apêndice VII Consentimento informado	111
Apêndice VIII Quadro D – Resultados do guião de observação	115
Apêndice IX Quadro E – Percentagem de respostas dos enfermeiros por dimensão	119
Apêndice X Quadro F – Percentagem de respostas positivas por dimensão e as variáveis formação profissional e tipo de serviço	125
Apêndice XI Quadro G – Percentagem de respostas positivas por dimensão e as variáveis idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço	133

Índice de Figuras e Gráficos

	Pág.
Figura 2.1 - Modelo organizacional de acidentes de Reason	19
Gráfico 4.1 - Distribuição por género	33
Gráfico 4.2 - Distribuição por idade	34
Gráfico 4.3 - Distribuição pelo tempo de experiência profissional	34
Gráfico 4.4 - Distribuição pelo tempo de experiência no serviço	35
Gráfico 4.5 - Distribuição pelo tipo de serviço	35
Gráfico 4.6 - Distribuição pelo tipo de formação profissional	36
Gráfico 4.7 - Distribuição pela frequência de formação em segurança do doente	36
Gráfico 4.8 - Distribuição pela frequência de formação em identificação do doente entre os que fizeram formação em segurança do doente	37
Gráfico 4.9 - Distribuição das observações realizadas por tipo de serviço	37
Gráfico 4.10 - Distribuição das observações por momentos de identificação do doente	38
Gráfico 4.11 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes de transferir o doente para o bloco	39
Gráfico 4.12 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes de transferir o doente para meios complementares de diagnóstico	40
Gráfico 4.13 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes de transferir o doente para outro serviço	40
Gráfico 4.14 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes da administração de medicação ao doente	41
Gráfico 4.15 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes da administração de sangue ou hemoderivados ao doente	42
Gráfico 4.16 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise ao doente	43
Gráfico 4.17 - Distribuição das respostas pelas dimensões em estudo	44
Gráfico 4.18 - Distribuição das respostas por item na dimensão confirmação da identificação do doente	45
Gráfico 4.19 - Distribuição das respostas por item na dimensão confirmação dos dados na pulseira de identificação	46
Gráfico 4.20 - Distribuição das respostas por categoria do conhecimento	48
Gráfico 4.21 - Distribuição das respostas positivas por momento de identificação	49
Gráfico 4.22 - Distribuição das respostas positivas em cada dimensão por tipo de serviço	50
Gráfico 4.23 - Distribuição de respostas positivas por item na dimensão confirmação da identificação do doente por tipo de serviço	51
Gráfico 4.24 - Distribuição de respostas positivas por item na dimensão confirmação dos dados do doente na pulseira de identificação por tipo de serviço	51
Gráfico 4.25 - Distribuição das respostas positivas nas categorias do conhecimento por tipo de serviço	52
Gráfico 4.26 - Distribuição das respostas positivas nas categorias da realização da confirmação da identificação por tipo de serviço	53
Gráfico 4.27 - Distribuição das respostas positivas nos momentos de identificação do doente por tempo de experiência profissional e por tempo de experiência no serviço	57

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 3.1 Resultados do Alpha de Cronbach por dimensão	28
Quadro 3.2 Recodificação da escala de <i>Likert</i>	29
Quadro 4.1 Apresentação dos resultados estatísticos por serviço	54
Quadro 4.2 Apresentação dos resultados estatísticos das variáveis formação profissional, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço por dimensão	56

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSQHC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AO	Assistente Operacional
CISD	Classificação Internacional de Segurança do Doente
DGS	Direção Geral de Saúde
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
IBM SPSS	International Business Machines - Statistical Package for the Social Sciences
ICN	International Council of Nurses
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
Pág.	Página
SDI	Serviço de Doenças Infecciosas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
v.g.	Verbi gratia

1. INTRODUÇÃO

Se a segurança do doente é uma prioridade no exercício das funções de qualquer profissional da saúde, resultante, em grande medida, da reta aplicação e implementação das tecnologias da saúde, a identificação do doente é um elemento fulcral, básico, da sua segurança. Não se pode prosseguir essa prioridade, sem se atender a saberes, critérios e práticas eficazes da identificação do doente.

Este estudo circunscreve-se, por isso, a um elemento do todo, enquanto prévio e constante ao processo de aplicação das tecnologias em saúde, em todas as suas fases e vertentes, que integram o conjunto de equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas, protocolos assistenciais e medicamentos, que configuram a atenção e os cuidados de saúde a prestar à população, a requerer avaliação contínua.

A oportunidade do tema, é suscitada pela sua importância e premência. Está em jogo o bem da pessoa doente, da comunidade familiar, do profissional de saúde e da própria instituição, sem se poder descurar as implicações financeiras, políticas e jurídicas da questão.

O dinamismo das situações clínicas, a inovação científica e tecnológica aplicada aos portadores de doença, exigem particulares cuidados, para garantir a segurança do doente, reduzindo ao mínimo os potenciais riscos de erro.

Num estudo divulgado no ano 2000, *To err is human: building a safer health care system*, um em cada dez doentes foi vítima de um erro durante a sua hospitalização. Este facto alertou os responsáveis para a necessidade de garantir a maior segurança dos doentes (Donaldson, Kohn, & Corrigan, 2000). Para obviar à dimensão do problema levantado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como segurança do doente “a inexistência de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde” (Direção Geral de Saúde, 2011). A segurança do doente, sujeita a riscos decorrentes da assistência à saúde, não podendo ser absoluta, procura minimizar esses riscos, e reduzir ou eliminar os eventos adversos, os incidentes que resultem em dano para o doente (WHO, 2007).

A mesma OMS, em 2004, a favor da cultura de segurança, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, com o objetivo de transmitir conhecimentos e soluções práticas para os problemas de segurança, apresentando a “identificação do

doente” (WHO, 2007) como dimensão chave das “Soluções para Segurança do Doente”.

A identificação inequívoca do doente, a partir do conhecimento e da observação prática, é o objeto deste trabalho, como contributo para a segurança do doente, prevenindo incidentes, em consonância com as observações das agências internacionais, nomeadamente a Agência Nacional de Segurança do Doente no Reino Unido e a Comissão Australiana para a Segurança e Qualidade em Cuidados de Saúde.

Em Portugal, no ano 2015, foi publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que coloca a identificação inequívoca do doente nas medidas a serem implementadas nos serviços de saúde do SNS, destacando-se, como complementar e em conjugação com os demais meios de identificação, a implementação de pulseiras de identificação.

O hospital, onde decorreu este estudo, começou por introduzir, em 2009, a utilização de pulseiras de identificação nos doentes confusos e/ou com alterações na comunicação, tendo sido alargada a sua utilização, a todos os utentes internados, em janeiro de 2015. Com a publicação do Despacho 1400-A/2015 de 10 fevereiro, tornou-se, todavia, evidente a necessidade de auditar a conferência da identificação do doente e, não apenas proceder à colocação das pulseiras.

Procura-se, neste trabalho, apresentar o resultado do estudo descritivo e transversal da perceção e das práticas de identificação inequívoca do doente, pelos enfermeiros, dos serviços de internamento e ambulatório de um hospital central, tendo-se formulado as seguintes questões de investigação:

- O grau de concordância que os enfermeiros afirmam ter acerca os procedimentos de identificação do doente corresponde às práticas observadas?
- Dos momentos de identificação do doente preconizados pela literatura, qual ou quais os mais valorizados pelas respostas dos enfermeiros?
- Quais as melhores estratégias, existentes na literatura, passíveis de serem aplicadas, no contexto da prática, para melhorar a segurança dos procedimentos da identificação do doente?

A recolha de dados e observação, foi devidamente autorizada pela Diretora de Enfermagem do hospital, em cumprimento dos procedimentos ético-legais.

A população do estudo é composta por enfermeiros dos serviços de internamento das áreas médicas, de cirurgia e do ambulatório (técnicas de gastroenterologia e hospital de dia).

Foi constituída uma amostra não probabilística de conveniência com os enfermeiros que aceitaram ser observados.

Os instrumentos de recolha de dados decompunham-se num guião de observação e num questionário construídos para o efeito, por não existirem instrumentos que dessem resposta aos objetivos traçados para o estudo.

O tratamento estatístico foi realizado no programa informático de apoio à estatística IBM SPSS Statistics versão 22.

A análise exploratória de dados foi realizada através de estatística descritiva.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em duas partes: a primeira enquadra o tema, aborda os conceitos e conhecimentos extraídos da literatura consultada, e serve de suporte teórico à análise das questões de investigação. Na segunda parte é abordada a metodologia utilizada, a apresentação, a discussão dos resultados e as conclusões.

No final encontram-se as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Pretende-se reunir neste capítulo, os conceitos indispensáveis ao enquadramento do tema: a qualidade e segurança do doente; o erro e o tipo de erros; a identificação inequívoca do doente - objeto específico do nosso trabalho - e a enfermagem e seus cuidados.

2.1. Qualidade e segurança do doente

A questão da segurança, em geral, faz parte da agenda de todas as comunidades políticas. A segurança do doente, em particular, constitui um dos grandes desafios da sociedade global e de comunicação dos nossos dias. Uma sociedade de contrastes, onde se conjugam incontáveis mortes diárias por violência com os maiores cuidados de proteção e de segurança dos doentes. A literatura da especialidade e os diversos fóruns, têm reforçado a importância dos temas da qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente. Em consequência, as organizações políticas e os organismos de tutela da saúde, têm promovido medidas amigas dos cuidados de saúde seguros (Ministério da Saúde, 2015).

Concretamente, estudos e organismos internacionais, têm assumido posições firmes e claras a favor do objetivo da qualidade e do meio para o atingir - a cultura de segurança. Dada a sua importância, para melhor compreensão, destacamos sumariamente, da literatura produzida, o que se entende por uma e por outra.

Em saúde, de acordo com o conhecimento científico corrente, qualidade consiste em reduzir, nos serviços prestados ao doente, a probabilidade de haver resultados desfavoráveis e aumentar a probabilidade de haver resultados favoráveis (Reis, Martins, & Languardia, 2013).

No entender de Carneiro et al. (2010), a definição mais completa da qualidade, encontra-se no Programa Ibérico de 1990: é a *“prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”* (pg. 12).

A OMS entende por segurança *“o grau de redução do risco de uma intervenção... e do risco no ambiente de prestação de cuidados para o doente e outras pessoas”* (Direção Geral da Saúde, 2011) . Nesta sequência, no seu programa de segurança do doente, elege as Soluções para a Segurança do Doente, como uma das

áreas prioritárias de atuação, e classifica a identificação do doente como a primeira meta internacional de segurança (WHO GUIDELINE, 2007).

Neste contexto, desde 2005, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), colaborou com a OMS com o objetivo de coordenarem e difundirem um conjunto de orientações denominadas, para a comunidade global da saúde, por “Soluções de Segurança do Doente”. Resultaram desta parceria nove soluções inaugurais para a publicação e divulgação das soluções de segurança, aprovadas em 2007 (Franciscatto, Bessow, Ruzczyk, Amaral de Oliveira, & Kluck, 2011), destacando-se de entre elas, em segundo lugar, a identificação do doente:

1. nomes de medicamentos semelhantes ou que soam de forma semelhante;
2. identificação do doente;
3. comunicação durante a passagem de responsabilidade do doente;
4. realização do procedimento correto no ponto correto do corpo;
5. controlo de soluções eletrolíticas concentradas;
6. garantir a correção da medicação nas transições de cuidados;
7. evitar as desconexões de cateteres e tubos;
8. uso único de dispositivos de injeção;
9. higiene melhorada das mãos para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Ao tratar da segurança do doente, Bohomol e Tartali (2013), retomam o entendimento da OMS, que tem por objetivo a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o doente, associados aos cuidados de saúde. E ampliam o conceito, introduzindo a noção de “eventos adversos” como os incidentes que podem ocorrer durante a prestação de cuidados de saúde, que resultam em dano para o doente, seja de natureza física, social ou psicológica, e que se podem traduzir em lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

A segurança do doente é, sem dúvida, um item essencial dos cuidados prestados, sem a qual não pode existir qualidade nos serviços de saúde.

As instituições de saúde em Portugal estão a dar os primeiros passos, no conhecimento dos diversos aspetos da cultura de segurança organizacional, imprescindível à implementação de medidas eficazes para prevenir e evitar erros e incidentes na prestação de cuidados de saúde aos doentes (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011). Além do conhecimento, essencial a qualquer procedimento

correto, é indispensável recordar que o sucesso de qualquer medida na área da segurança do doente, depende do envolvimento e da dedicação de todos os profissionais que intervêm nos cuidados de saúde aos doentes (Carneiro, Saturno, & Campos, 2010).

2.2. O erro e o tipo de erros

Em 2009, a OMS publicou a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD), com o objetivo de uniformizar a linguagem em matéria de segurança do doente; esta classificação inclui 48 conceitos, entre os quais o erro e o evento adverso (Direção Geral da Saúde de Portugal, 2011).

Entende-se por erro a falha na execução planeada de uma ação, uso errado, impróprio ou incorreto de um plano para atingir um objetivo. Pode, então, considerar-se como uma ação que se afasta do “*standard*” dos cuidados e origina danos, denominados de eventos adversos (dano causado no decurso da prestação de cuidados e não pela doença subjacente) e que pode ter como consequência de entre outras, o prolongamento do internamento e diversas incapacidades (Direção Geral da Saúde de Portugal, 2011).

O erro em saúde pode ocorrer com alguma facilidade, atentos ao conjunto vastíssimo de fatores, de operações e de intervenientes no processo da prestação dos cuidados de saúde. Somam-se ao doente, os diversos intervenientes, recursos humanos, no exercício das diversas tarefas, cada pessoa com a sua subjetividade, tantas vezes com cargas emocionais, fragilidades e problemas próprios; recorre-se a um conjunto de tecnologias de saúde, aplicadas ao doente; acrescenta-se o contexto familiar e social envolvente; e, ainda, a provável ocorrência de imponderáveis. Neste sentido, entende-se que:

“o erro será tido como um termo geral que abrange todas aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando estas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso”. (Reason, 2000)

Fragata e Martins (2004), referem que as organizações devem criar condições, para controlarem eventuais falhas do sistema que favoreçam a ocorrência do erro.

Pondo de parte o erro doloso, provocado com o intuito de adquirir vantagem e de pretender conscientemente prejudicar o utente ou terceiros por seu meio, por ser

contra natura e atentar tanto contra o foro ético como contra o jurídico, os erros podem ocorrer. Estão sempre à espreita, na expressão popular, tão apropriada às exigências contínuas e à sensibilidade que envolvem os cuidados de saúde. São muitos os fatores que influenciam a eventual ocorrência do erro: uns da ordem do conhecimento, outros da ordem da prática, das estratégias (excesso de trabalho, recursos limitados, pressão do tempo), outros, ainda, que se prendem com a dinâmica da atenção (fatores que influenciam o foco de atenção, distração) (Fragata & Martins, 2004).

Além dos erros resultantes do conhecimento (enganos baseados no conhecimento), para Fragata e Martins (2004), o tipo de erros pode estar, ainda, relacionado com a destreza (lapsos), resultante da aplicação de regras (enganos baseados em regras).

Para minimizar o risco do erro e potenciar a segurança, os autores citados realçam a necessidade de serem elaborados procedimentos, de ser exigida a sua aplicação efetiva e, de auditar, em permanência, com sistemas de verificação, quer a existência dos procedimentos quer a sua prática. Anotam, por isso, que os procedimentos devem ser do conhecimento de todos os membros das organizações e as auditorias são indispensáveis para confirmar que os procedimentos existem e são seguidos por todos (Fragata & Martins, 2004).

Os mesmos autores, ainda sublinham como essencial, a existência e o rigoroso cumprimento dos procedimentos, atentos a atitudes menos seguras dos profissionais de saúde que criam predisposição à ocorrência de erros ou de quase erros. Regista-se também, que estes autores, com precisão, distinguem do erro a “violação”, na medida em que esta pressupõe uma escolha (Fragata & Martins, 2004). No mesmo sentido, para Runciman et al. (2006), as violações diferem de erros pelo facto de aquelas envolverem um elemento de escolha e geralmente implicarem ações que fogem ao prescrito nas normas, ações que reconhecidamente incorrem em risco. Salvaguardam, também, que a violação não se aplica a situações onde haja intenção de dano.

Segundo (Runciman WB et al., 2006)

“é vital distinguir-se os erros, cuja origem está na evolução humana e sua prevenção na capacidade do sistema de evitar a sua ocorrência; e violações, cuja origem está no comportamento e na cultura e cuja prevenção está na mudança do comportamento e na apreensão do desenho do sistema”.

A título de exemplo, observando os erros de medicação, Leape (1994) refere que acontece o *“erro por má identificação ou verificação – por exemplo não verificação do nome, dose e via de administração da droga, bem como a sua correspondência com o doente a quem vai ser dada”*.

Na CISD (Direção Geral da Saúde de Portugal, 2011), são identificados 13 tipos de incidentes que podem ocorrer, dos quais se destacam como problemas:

- documentação errada (documento errado ou para o doente errado);
- medicação (doente errado);
- sangue/hemoderivados (doente errado);
- dieta/alimentação (doente errado);
- oxigénio (doente errado).

A identificação do doente, acompanhada de outros procedimentos, torna-se medida de valor indispensável para a prevenção de erros como correspondência entre procedimentos a realizar e o doente a quem se destinam, é este o sentido do nosso trabalho.

2.3. Identificação inequívoca do doente

Como foi referido, a OMS criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Doente com a missão de coordenar e implementar um programa de medidas tendentes a melhorar a segurança do doente ao nível mundial e, publicou o documento Patient Safety (WHO, 2011). Este procedimento, óbvio, simples, mas da maior importância, consiste em confirmar a identidade do doente antes da realização de qualquer procedimento, por mais banal que pareça. O uso de pulseiras de identificação e a sua consulta, acompanhados da verbalização pelo doente de dois dados inequívocos de identificação (v.g. o nome completo e a data de nascimento) à solicitação do profissional, são medidas que permitem confirmar a identidade do mesmo e evitar troca de procedimentos.

Sendo a identificação inequívoca do doente, pelo profissional de saúde, um procedimento essencial à qualidade do serviço e à sua segurança, compete às instituições de saúde desenvolver e executar programas e protocolos focados na responsabilidade dos profissionais de saúde para a correta identificação (Ministério da Saúde, 2015).

Ao longo dos últimos anos foram sendo realizados alguns estudos, demonstrando a preocupação dos profissionais sobre a temática da segurança do doente, com referência explícita à importância da sua identificação ((Hoffmeister & Moura, 2015).

Corbellini et al. (2011), num estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca dos eventos adversos relacionados com a medicação, referem a identificação incorreta do doente como um dos fatores com maior incidência nos erros de medicação, o que, muitas vezes, contribui para uma prescrição errada da medicação.

Por seu lado, Fassarella et al. (2012), atribuem à identificação correta do doente um papel essencial na segurança do mesmo, fundamental para evitar erros. No seu estudo exemplificam que, doentes com nomes iguais no mesmo serviço de internamento e que tomem a mesma medicação, ainda que em doses diferentes, podem ser confundidos facilmente; e, apontam, em abono da segurança, a utilização de pulseira de identificação como uma estratégia importante para evitar o erro de medicação nos doentes com alteração do estado de consciência.

Nesta perspetiva, as estratégias corretas de identificação do doente, nomeadamente, a utilização de pulseira de identificação, contribuem para um melhor serviço ao doente e para que se evitem situações suscetíveis de eventos adversos (Souza, 2014).

Com vista à segurança do doente, Souza (2014) no seu estudo acerca das iniciativas de identificação inequívoca do doente, em hospitais do Rio de Janeiro, refere que dos catorze gestores de risco hospitalar questionados, todos responderam ter implementado medidas para promover a identificação dos doentes. Esta implementação é, de facto, uma estratégia indispensável para a assistência mais segura, com diminuição de erros, que sem ela podem ocorrer, por exemplo, na administração de sangue ao doente errado, na medicação errada, no procedimento errado ou na troca de recém nascidos. Sublinha-se que destes gestores, onze (79%) implementaram as pulseiras de identificação como estratégia de prevenção de erros. O autor aponta este número como muito significativo quando comparado com um estudo de 2009 onde, em 389 hospitais de oito países europeus só tinha sido implementada essa medida em 25% das unidades médicas, 29% de unidade cirúrgicas e 47% de maternidades (Suñol et al., 2009). Hoffmeister e Moura (2015), no seu trabalho sobre a avaliação do uso de pulseiras de identificação no doente hospitalizado, obteve como resultado que 83,9% dos doentes se encontravam

corretamente identificados, 11,9% tinham pulseira com erros e 4,2% não tinham pulseira de identificação. De acordo com as autoras, apesar dos resultados serem aparentemente bons, a percentagem de doentes corretamente identificados deveria estar próxima dos 100% pois, a correta identificação dos doentes constitui a fase prévia à correta prestação dos cuidados.

Nos estudos de Neves e Melgaço (2011) e, de (Porto, 2014), verificou-se que as diretrizes propostas pela OMS em 2007 quanto à identificação do doente, ainda não se encontravam na sua totalidade implementadas, devendo-se este facto a um conjunto de fatores, de entre os quais se destaca a falta de formação dos profissionais e a ausência de tecnologias específicas para identificação do doente.

De acordo com Porto (2014), a ausência de identificação do doente pode comprometer não só a sua segurança mas, também a do profissional e da própria instituição que poderão responder civil e criminalmente caso se verifiquem erros relacionados com a ausência de confirmação da identificação do doente antes da realização dos procedimentos.

2.4. Identificação deficiente do doente - consequências na segurança

A identificação do doente, verificada de modo inequívoco, em cada uma das intervenções do profissional é um factor primário de segurança. A sua falta pode levar a consequências danosas, de efeitos incomensuráveis. Nesta ótica, a *National Patient Safety Agency* (Patient Safety Observatory, 2007) do Reino Unido, refere três, como sendo os principais erros que podem ocorrer em consequência de uma falha de verificação da identidade do doente:

- que o doente receba o tratamento incorreto (etiquetagem errada);
- que o doente receba o tratamento incorreto por falha de comunicação (falta de confirmação da identidade do doente);
- que o doente receba o tratamento destinado a outro doente por estar mal identificado.

A título de exemplo, entre 2008 e 2009, na Austrália, foram referenciados onze eventos relacionados com a troca de doente ou de parte do corpo, que resultou em morte ou em danos permanentes (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011).

Verificada a eventual ocorrência de erros como consequência de deficiente identificação do doente, estudos vários referem que a segurança do doente consiste não apenas na eliminação de erros ou danos à saúde, mas consiste também numa estratégia que se deve desenvolver com o intuito de prevenir erros (Fassarella, Bueno, & Souza, 2012).

Os erros não são intencionais, de contrário seriam dolosos, mas podem acontecer em qualquer fase do processo, em qualquer instituição, ou praticados por qualquer profissional de saúde (Oliveira, 2013). Por isso, é fundamental reportar e discutir as situações da ocorrência do erro e proceder à avaliação/auditoria do processo, com vista a evitar os erros e a promover eficazmente a cultura de segurança (Ministério da Saúde, 2015).

O ciclo de melhoria contínua da qualidade, aplicado à segurança dos doentes, deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, adotando as ações de melhoria a implementar. Trata-se de uma correta gestão dos riscos (Ministério da Saúde, 2015).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo, envolvente da organização e dos diversos agentes, que tem como objetivo garantir a segurança eficaz dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e, às vezes evitáveis, suscetíveis sempre, de comprometerem a qualidade dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

A causa dos incidentes relacionados com a segurança do doente raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas está habitualmente ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, reveladores de baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos (Fragata & Martins, 2004).

As agências de qualidade dos serviços de saúde e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como os exemplos já referidos - a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011; Patient Safety Observatory, 2007). Destas verificações, sobressai a necessidade de valorizar, responsabilizar – sem culpabilizar - e auditar as práticas dos recursos humanos, implementar a cultura de segurança e adotar os melhores sistemas de controlo.

A este propósito, o sistema GRICODE®, - com confirmação de dados através de código de barras, com obrigatoriedade de confirmação de dados na pulseira,

pedido de sangue e saco da transfusão, - pode considerar-se modelar, da correta identificação, pois, elimina quase por completo o risco de erro (Grifolds, 2016).

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identificação do doente deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, recorrendo a dois ou mais dados de identificação: o nome completo, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição, sendo considerado como prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. Ao contrário, o número do quarto ou da cama de um doente internado, ou do seu primeiro e último nome, não pode ser considerado um dado de identificação fidedigno (Andaluzia, 2009; Ministério da Saúde, 2015).

Um estudo realizado num hospital privado brasileiro, mostra que nas admissões dos doentes num bloco operatório, apenas 65% dos doentes tinham pulseira de identificação e, só em 14% dessas foram comparados os dados das pulseiras com os dados do processo clínico (Carvalho et al., 2014). Os autores do estudo referem os problemas de segurança que podem advir daí, com troca de doentes, de lados operatórios ou mesmo de cirurgias.

Um outro estudo, levado a efeito pela *National Health System*, concluiu que quase 10% dos doentes poderiam sofrer eventos adversos, como consequência dos cuidados médicos recebidos nos hospitais, o que se traduz em 850.000 doentes por ano no Reino Unido (Donaldson et al., 2000). Pelo menos, metade destes eventos adversos, poderiam ter sido evitados e, de entre estes, muitos com recurso a uma identificação inequívoca do doente.

2.4.1. A identificação do doente em Portugal

Em Portugal não há dados publicados sobre a frequência dos erros por identificação incorreta do doente, e os custos daí derivados.

Os eventos relacionados com a inadequada identificação do doente podem ter consequências diversas: podem não provocar qualquer lesão, mas alguns incidentes podem provocar lesões de diferentes graus de gravidade, algumas podem ser leves, mas outras poderão deixar sequelas permanentes ou inclusivamente provocar a morte (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011; Patient Safety Observatory, 2007).

A segurança é um princípio fundamental que se inscreve no atendimento ao doente e é uma componente essencial da gestão da qualidade. Melhorá-la requer um

trabalho complexo, que envolva todo o sistema de saúde, desenvolvendo medidas relativas à melhoria de funcionamento, da segurança, do ambiente e da gestão de risco, nomeadamente no controlo do uso de medicamentos, dos cuidados adequados e de práticas seguras (Andaluzia, 2009).

A DGS emitiu, em 2011, uma orientação com vista a implementar a identificação do doente nos serviços de saúde portugueses (Direção Geral de Saúde, 2011); e, por Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi estabelecido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano visa apoiar os gestores e os clínicos na aplicação de métodos, para melhorarem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

O plano, concebido com base numa visão transversal do SNS, obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, devendo cada instituição adaptar o plano à sua realidade (Ministério da Saúde, 2015).

Assegurar a identificação inequívoca dos doentes surge como o 5º objetivo do plano. Em 2015, competia a todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS e com ele convencionado, implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar; e, em 2016 devem as instituições auditar, semestralmente, a validação a realizar antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise e, a identificação correta do doente na rotulagem.

O processo de identificação do doente, incluindo a conferência dos dados da pulseira com os dados do processo e as informações do próprio doente, quando consciente e orientado, pode ser visto como uma interação entre o doente e os profissionais de saúde. A identificação adequada dos doentes de qualquer serviço hospitalar é importante para um atendimento de qualidade dos mesmos, contribuindo para reduzir os erros médicos, evitando expor os doentes a riscos desnecessários ou a procedimentos que não sejam, para si, programados (Ministério da Saúde, 2015).

2.5. A identificação do doente na prevenção de erros

Santana et al. (2012) entre outras medidas para a prevenção de erros de administração de medicação, referem que mesmo que o doente fale, a sua

identificação deve ser conferida na pulseira, para o profissional ter a certeza que está diante do doente correto.

Um outro estudo, apresenta resultados em que os entrevistados referem a identificação do doente e a dupla confirmação como uma barreira à ocorrência de erros (Souza, Garcia, Rangel, & Rocha, 2014).

A identificação do doente deve ocorrer, sempre, antes de qualquer intervenção, quer seja de diagnóstico, tratamento ou de prestação de serviços de apoio. Mas a identificação do doente deve ir mais longe e assegurar, a exata correspondência da intervenção a realizar com o doente certo. Assim, deve também ser verificada a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, recipientes e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Ministério da Saúde, 2015).

Quando a instituição prestadora de cuidados de saúde utiliza a pulseira como meio de identificação do doente, a sua consulta deve ser feita antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente aí inscritos, antes da sua colocação (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo Hoffmeister e Moura (2015), a pulseira de identificação configura-se como a principal ferramenta para a correta identificação do doente, por ser de fácil acesso e visualização, ajudando os profissionais de saúde na conferência dos identificadores antes da prestação de qualquer cuidado, e incentiva os doentes a serem participantes responsáveis na confirmação da sua identidade.

A prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação do doente ou a correspondência do doente ao ato a que é submetido não sejam devidamente realizados (Ministério da Saúde, 2015).

As instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os procedimentos internos que assegurem a identificação do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar (Ministério da Saúde, 2015).

Diversos autores referem, nos seus estudos, as preocupações da enfermagem na identificação do doente, uma vez que um erro de identificação pode conduzir a outros erros, de entre os quais a administração de medicação ao doente errado (Tase et al., 2013; Hoffmeister e Moura, 2015; Fassarella et al., 2012).

A inexistência de uma cultura de notificação de eventos adversos, por sua vez, faz com que não se tenha conhecimento real, das dimensões deste problema (Neves & Melgaço, 2011).

Num estudo sobre erros de administração de medicação, verificou-se uma taxa de 70% de procedimentos incorretos, ou seja, somente em 30% dos casos (108 doses) houve a preocupação de perguntar o nome completo do doente. Os doentes eram identificados apenas pelo número da cama, sem lhe juntar outro identificador, já que não estava implementado o uso de pulseira de identificação (Silva & Camerini, 2012).

No estudo de Bohomol e Tartali (2013) apenas 13, em 31 respostas, é que não referem, como causa de eventos adversos, a não verificação da identificação do doente, para a intervenção a realizar.

Tase et al. (2013) destacam a vantagem de usar as pulseiras de identificação para a redução de ocorrência de erros, no entanto, advertem que a falta de exatidão dos dados contidos nas mesmas, podem causar confusão e aumentar o risco de eventos adversos, produzindo efeitos contrários ao pretendido.

Assim, segundo a experiência e a literatura, devem ser implementados protocolos de utilização das pulseiras de identificação, em todas as instituições de saúde, independentemente do tempo de internamento, das condições clínicas e dos cuidados a serem prestados. Sem que esta prática, para obter bons resultados, possa dispensar a formação continua dos profissionais e a realização de auditorias ao procedimento, de forma a garantir a eficaz utilização.

2.6 A Enfermagem e os seus cuidados

Os enfermeiros são os profissionais que mais interagem com os utentes dos cuidados de saúde. Quer em serviços de internamento, quer em regime de ambulatório, a enfermagem está sempre presente e presta uma grande quantidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define a enfermagem como:

“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (art.º 4, n.º1; Ministério da Saúde, 1996).

Os cuidados de enfermagem são definidos pela OE como “*as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais*” (Ministério da Saúde, 1996).

As intervenções interdependentes são aquelas que são iniciadas por outros profissionais como, por exemplo, a administração de medicação, que sendo prescrita por um médico é preparada e administrada pelo enfermeiro (Ministério da Saúde, 1996).

As intervenções autónomas são aquelas que são prescritas, realizadas e avaliadas pelos enfermeiros (Ministério da Saúde, 1996).

Para o exercício profissional, o enfermeiro tem de estar habilitado com uma formação inicial, uma licenciatura em enfermagem, podendo posteriormente, continuar a sua formação numa área de especialização, com ou sem atribuição de outros graus académicos (pós licenciatura, mestrado, doutoramento).

O (International Council of Nurces, 2006) defende que a segurança é essencial à manutenção de níveis de qualidade na saúde e, concretamente nos cuidados de enfermagem, implica o desenvolvimento de medidas que vão desde a dotação dos serviços com o número suficiente de profissionais, à melhoria do desempenho destes, através da implementação de procedimentos. As medidas de gestão de risco, de entre outras, devem incluir o treino dos profissionais, o controlo de infeção, a cultura de relato do erro ou a calibração de equipamentos, por exemplo.

Já em 1863, Florence Nightingale escrevia em *Notes on Hospital*, “primeiramente não cause dano”, estando implícita uma ideia inicial de segurança do doente (Abreu, 2012).

Como referido anteriormente, Reason (2000) considera os lapsos como falhas, devido a alterações dos processos cognitivos, nomeadamente os da atenção. Os enfermeiros, por razões que vão do excesso de trabalho, ao trabalho por turnos, a distrações várias (solicitações de outros profissionais, de doentes ou familiares destes, conversas paralelas ou toques de telemóvel) que interrompem as suas atividades, estão sujeitos à ocorrência de enganos vários, como o da troca de procedimentos entre utentes. É possível que, no momento que antecede um procedimento, como seja a administração de medicação, devido a uma distração, o enfermeiro a administre ao doente errado.

O cumprimento do procedimento preconizado, em que o profissional pergunta o nome completo e a data de nascimento e/ou consulta os dados na pulseira, caso o doente não fale ou esteja confuso, antes de qualquer procedimento, e os compara

com os dados da requisição ou prescrição, pode impedir a ocorrência de tais falhas (Direção Geral de Saúde, 2011).

Ao longo das últimas décadas, a enfermagem foi evoluindo em conhecimento e métodos de trabalho, de forma a tornar os cuidados mais seguros e cada vez mais centrados na pessoa; passou-se de um método à tarefa, em que o enfermeiro prestava um cuidado a todos os doentes (v.g. um enfermeiro avaliava sinais vitais, outro administrava medicação, outro ainda fazia os pensos) para um método de enfermeiro responsável, em que cada doente tem um enfermeiro atribuído desde a admissão até ao momento da alta. Este método de distribuição de trabalho permite que o enfermeiro, em todos os seus turnos de trabalho, vá mantendo o mesmo grupo de doentes, conhecendo-os e prestando-lhes a totalidade de cuidados (Machado, 2013). Tendo as virtualidades referidas, este método exige uma vigilância redobrada na aplicação dos procedimentos de identificação do doente, para vencer as rotinas ou a subentendida sua identificação segura.

A enfermagem tem obrigações éticas para com os seus utentes, promovendo a qualidade assistencial, controlando os riscos associados aos cuidados de saúde.

Em 2002 foram publicados, pela Ordem dos Enfermeiros, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade, iniciam a sua redação em cada uma das suas dimensões com a expressão “*na procura da excelência do exercício profissional*”. Esta procura da excelência deve nortear o dia a dia do enfermeiro, assegurando-se de que realiza bem, cumprindo todas as normas de segurança, sem facilitar, saltando etapas de um procedimento.

Um dos seis enunciados descritivos refere a prevenção de complicações: “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002 pág. 12), sendo um dos elementos da prevenção de complicações “*o rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002; pág. 13). Nesta orientação, muito importante para os enfermeiros, podemos incluir a identificação do doente como prevenção da ocorrência de erros de correspondência entre procedimentos e os doentes a quem se destinam.

Nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, definidas pelo conselho de enfermagem da OE, uma das áreas de competência corresponde à gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011; pág. 20). Compete ao enfermeiro garantir a criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia de qualidade e de gestão do risco.

Em relação à investigação em enfermagem, em 2006 a OE elaborou uma tomada de posição assumindo “a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem”, considerando que “a Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato” (Ordem dos Enfermeiros, 2006; pág. 2), acreditando que a investigação em enfermagem contribui para cuidados seguros e que uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e para a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem.

Reason e o seu “queijo suíço” (2000) demonstram bem o que pode acontecer, se uma das barreiras de segurança, nos seus múltiplos movimentos deixa perfilado o “buraco do queijo”, permitindo a ocorrência do erro. Este autor mostra que, para que ocorra um erro é necessário que na trajetória do mesmo se verifiquem falhas ativas cometidas por profissionais e que tais situações não tenham sido previstas, permitindo que a situação progrida no sentido de se dar o alinhamento entre os diversos buracos da estrutura. Idealmente, segundo Fragata e Martins (2004), os sistemas deveriam ter barreiras seguras que impedissem o decurso de um erro; no entanto, e contrariamente aos buracos do queijo, as barreiras à ocorrência de erros, são dinâmicas e, nos seus muitos movimentos, podem deixar buracos alinhados que permitem a ocorrência de acontecimentos que podem ser nefastos aos doentes, com consequências também nos profissionais.

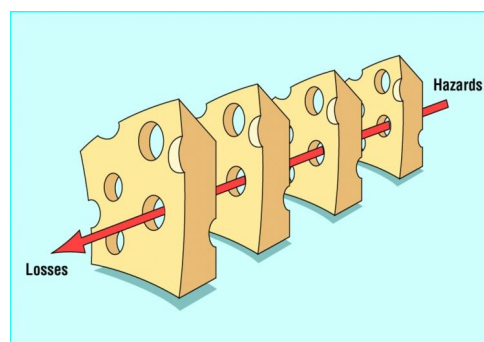


Figura N. 2.1 - Modelo organizacional de acidentes de Reason (Fonte: Reason, James (2000) *Human Error: models and management*)

Perguntar ao doente se “é o Sr. Manuel” pode ser o início do erro, uma vez que o doente pode responder que sim por ter ouvido mal, não ter entendido a pergunta, ou Manuel ser o nome dele mas não é o Manuel ao qual se destina o procedimento que o enfermeiro vai realizar.

2.7. Caracterização do hospital onde decorreu o estudo

O centro hospitalar, onde se insere o hospital onde decorreu este estudo, é um estabelecimento público do SNS, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial de natureza empresarial, criado pelo Decreto-lei nº 233/2005 de 29 de dezembro (Ministério da Saúde, 2005).

Serve uma população de aproximadamente 401 mil habitantes, atingindo os 990 mil habitantes em cuidados diferenciados, como seja a neurocirurgia de entre outros. Tem um total de 800 camas, 350 das quais na unidade hospitalar onde decorreu o estudo. Esta unidade engloba serviços de internamento nas várias valências médicas e cirúrgicas e é servida por 13 salas operatórias, meios complementares de diagnóstico e consulta externa com um hospital de dia de medicina, recobro de técnicas de gastroenterologia e de pneumologia.

A direção de enfermagem, com espírito de liderança, tem ao longo das duas últimas décadas dinamizado programas de qualidade na área do atendimento de enfermagem, com a implementação de procedimentos normalizados e publicados na *intranet*, que valorizam a área dos cuidados prestados, bem como da gestão e formação em serviço.

Nesta instituição, iniciou-se em 2009 o processo de identificação do doente, com pulseira, sempre que este se apresentasse confuso ou com alterações da linguagem; em janeiro de 2015, após várias situações de *near miss*, a direção de enfermagem decidiu tornar o procedimento obrigatório para todos os doentes internados ou sujeitos a procedimentos invasivos no ambulatório. No entanto, a implementação mais extensiva de um procedimento já existente, parecendo simples, afigura-se complexa. Obriga a vencer resistências, a definir os dados a colocar na pulseira, a inseri-los corretamente e, de capital importância, utilizar essa informação antes de iniciar qualquer procedimento no doente.

A implementação de um programa de qualidade, como seja um procedimento de segurança, demora efetivamente algum tempo, porque a mudança de rotinas, de comportamentos, não é vivenciada por todas as pessoas da mesma forma e ao mesmo tempo, pelo que parece pertinente estudar esta problemática.

2.8. Destaque do capítulo enquadramento teórico

Os estudos encontrados dizem essencialmente respeito ao tema da cultura de segurança do doente. Os autores destacam a importância de implementar a cultura de segurança, com ênfase no registo de eventos adversos, para conhecimento da realidade e para melhorar os procedimentos.

No que toca à identificação do doente, vários estudos referem-na como fundamental na prevenção de erros, nomeadamente na eventual troca de administração de medicação, de sangue e hemoderivados, na troca de lados operatórios ou mesmo de intervenções e na troca de exames complementares de diagnóstico.

A OMS e as várias agências de saúde internacionais têm implementado políticas para a eficaz identificação do doente. O Estado português, atento a este facto, tem transposto essas diretivas para a sua legislação.

É necessário formar os profissionais e auditar os procedimentos para garantir a implementação da identificação inequívoca do doente.

3. METODOLOGIA

O presente capítulo descreve a metodologia utilizada, suporte do processo de investigação.

Qualquer metodologia de investigação constitui um método particular de aquisição de conhecimentos, sendo uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões e, como tal, é um caminho ou um conjunto de fases progressivas que conduzem a um fim (Reis, 2010). Como refere Tuckman (2005) “*a investigação é uma tentativa sistemática de atribuição de respostas às questões*”. As questões variam de entre as mais gerais (investigação fundamental), às mais concretas e específicas (investigação aplicada).

Pretende-se, por isso, com este estudo, disponibilizar informações pertinentes e oportunas sobre a temática da identificação inequívoca do doente, em contexto hospitalar, a fim de sensibilizar os enfermeiros para a importância de realizarem o procedimento de confirmação da identificação do doente antes dos correspondentes cuidados a prestar.

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, na medida em que apresenta de forma rigorosa e clara o objeto do estudo (Sousa & Baptista, 2011). Um estudo descritivo contribui para a aquisição de novos conhecimentos e segundo Reis (2010), na expectativa de que os problemas identificados, possam ser resolvidos e as práticas melhoradas.

É um estudo transversal, com limitação temporal, uma vez que a informação foi recolhida num período de tempo definido (Cunha, Martins, Sousa, & Oliveira, 2007), no caso, entre os dias 24 de novembro de 2015 e o dia 8 de janeiro de 2016.

3.2. Questões de investigação

As questões de investigação têm por base os objetivos do estudo a realizar.

Após a delimitação do tipo de estudo, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- O grau de concordância que os enfermeiros afirmam ter acerca dos procedimentos de identificação do doente corresponde às práticas observadas?
- Dos momentos de identificação do doente preconizados pela literatura, qual ou quais os mais valorizados pelas respostas dos enfermeiros?
- Quais as melhores estratégias, existentes na literatura, passíveis de serem aplicadas, no contexto da prática, para melhorar a segurança dos procedimentos da identificação do doente?

3.3. Objetivos do estudo

Este trabalho procura identificar o modo como os enfermeiros, dos serviços de internamento e do ambulatório de um hospital central, percecionam e realizam o processo de identificação do doente. Será este o objetivo geral do estudo complementado pelos seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que afirmam realizar o procedimento de identificação do doente;
- Identificar os momentos em que o enfermeiro mais valoriza a identificação inequívoca do doente;
- Comparar o que os enfermeiros afirmam fazer com o que realizam em termos de identificação inequívoca do doente.

3.4. Variáveis

Entende-se por variável uma característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se podem atribuir diversos valores. As variáveis são as unidades de base da investigação, são qualidades, propriedades ou características de pessoas, de objetos, de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo, podendo ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação (Reis, 2010). Consoante a função e objetivos, entendem-se as variáveis como independentes ou dependentes.

A variável independente, é um elemento que é introduzido numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (Reis, 2010) .

Este estudo apresenta como variáveis independentes:

- Género;
- Idade;
- Tempo de experiência profissional;
- Formação profissional;
- Tipo de serviço;
- Tempo de experiência profissional no presente serviço;
- Formação na área de segurança do doente;
- Formação em identificação do doente.

A variável dependente, segundo Reis (2010), é aquela que o investigador pretende compreender, explicar ou rever. No presente estudo com a variável dependente, pretende-se perceber o modo como os enfermeiros dos serviços de internamento e do ambulatório de um hospital central percebem e realizam o processo de identificação do doente. Adotam-se quatro dimensões, de acordo com o questionário elaborado.

As variáveis do estudo estão descritas no Quadro A (Apêndice I).

3.5. População e amostra

Neste estudo, a população é constituída por enfermeiros dos serviços das áreas médica, cirúrgica e do ambulatório (em regime de Hospital de Dia), num total de 264 enfermeiros, distribuídos pelos respetivos serviços de seguida identificados.

Serviços médicos:

- Medicina Interna I
- Medicina Interna II
- Pneumologia/Reumatologia
- Gastroenterologia/Endocrinologia
- Serviço de Doenças Infeto-contagiosas (SDI)
- Neurologia

Serviços cirúrgicos:

- Cirurgia Plástica/ORL/Oftalmologia
- Urologia/Cirurgia Vascular
- Cirurgia Geral
- Neurocirurgia

- Neurotraumatologia
- Serviços de ambulatório:**
- Hospital de Dia de Especialidades Médicas
 - Serviço de Técnicas de Gastroenterologia

A amostra foi constituída de entre os enfermeiros que, tendo pelo menos um ano de experiência profissional, estavam de serviço nos dias de observação pela investigadora, no turno da manhã e que aceitaram participar no estudo. Para realizar a observação, os enfermeiros assinaram termo de consentimento informado e foram agendadas as visitas da investigadora, para dias e horas oportunas.

Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, constituída por 51 enfermeiros (19,3% da população).

Foram excluídos da amostra três serviços médicos (Neurologia, Medicina I e SDI), por neles terem sido realizados o pré teste do questionário e do guião de observação.

3.6. Instrumentos de recolha de dados

Sousa e Baptista (2011) referem o questionário como o instrumento mais adequado para a recolha de informação sobre comportamentos e opiniões.

Não existindo um instrumento de recolha de dados que desse resposta adequada aos objetivos deste estudo, elaboraram-se dois, o guião de observação e o questionário:

1. Guião de Observação - este instrumento foi elaborado tendo por base o recomendado pela OMS para a campanha da Higienização das Mãos (Anexo I). O guião consta de seis momentos considerados pela literatura, em que é essencial a confirmação da identificação do doente antes da realização dos procedimentos:
 - antes de transferir para o bloco operatório;
 - antes da realização de exames complementares de diagnóstico (que se nomeou por “antes de transferir para MCDT”);
 - antes de transferir para outro serviço;
 - antes da administração da medicação;
 - antes da administração de sangue e de hemoderivados;
 - antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise.

Aos momentos assinalados, juntam-se, ainda, cinco itens utilizáveis para identificação do doente, ordenados pela investigadora, sendo-lhe possível registar mais do que um:

- a. pulseira de identificação;
- b. um identificador verbal (nome);
- c. dois identificadores verbais (nome e data de nascimento);
- d. número de cama;
- e. não confere.

De entre estes itens, constam alguns, que pela sua ambiguidade podem facilitar o erro, como pode ocorrer com o recurso para identificação ao número de cama.

2. Questionário – este instrumento foi elaborado tendo por base o procedimento n.º 18/2011 da DGS (Direção Geral de Saúde, 2011) e outros documentos disponíveis, nomeadamente de agências de saúde internacionais (Andaluzia, 2009; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011; WHO, 2011).

O questionário é composto por três partes:

Parte I - Formada por oito perguntas, quatro das quais são fechadas, três abertas e uma mista, com o objetivo de caracterizar a nossa amostra do ponto de vista sociodemográfico.

Parte II e III – Constituídas por 85 questões fechadas, onde se utilizou uma escala tipo *Likert*, com cinco níveis de resposta, nomeadamente:

- a) para obter o grau de frequência de realização: 1 Nunca; 2 Raramente; 3 Algumas vezes; 4 Quase sempre; 5 Sempre.
- b) para obter o grau de conhecimento: 1 Discordo totalmente; 2 Discordo; 3 Nem concordo nem discordo; 4 Concordo; 5 Concordo totalmente.

3.6.1. Validação dos instrumentos

O guião de observação, foi testado durante 3 horas, na semana de 2 a 6 de novembro de 2015, com o objetivo de saber se era claro e de fácil registo; não tendo surgido dúvidas, não sofreu qualquer tipo de alteração (Apêndice II).

Nos questionários, as questões devem ser claras, de fácil resposta sem levantar dúvidas no seu preenchimento (Hill & Hill, 2012). Numa fase inicial, as partes II e III tinham 100 questões; com o objetivo de avaliar o conteúdo das mesmas, foi

pedido, a três enfermeiros de Comissões de Gestão do Risco Hospitalar, parecer sobre as mesmas. Com este contributo, retiraram-se 10 questões por parecerem confusas ou repetidas. Concluída esta fase, o questionário foi sujeito a pré-teste com 90 questões (Apêndice III).

A realização do pré-teste constou da aplicação do questionário a 29 dos 67 enfermeiros (43,2%) da população dos serviços selecionados (Neurologia, Medicina I e SDI).

Em resultado do pré-teste, optou-se por retirar 12 itens ao questionário (34, 43, 49.1, 49.2, 49.3, 49.4, 49.7, 49.8, 49.9, 49.10, 50, 51, 52) por apresentarem concordância absoluta ou terem gerado dúvidas; alterou-se a redação dos itens n.º 46 que com nova redação, passou a figurar, no questionário definitivo com o n.º 49; por sua vez o item 49.1 deu origem a sete novas proposições (32, 38, 40, 45, 48, 50, 54) (Quadro B - Apêndice IV).

A versão final do questionário (Apêndice V), passou a constar de 85 questões fechadas, 26 das quais com resposta negativa, identificadas nos quadros por um R (reverse) por terem tratamento estatístico invertido (Quadro C - Apêndice VI).

Os resultados da aplicação do questionário em pré-teste foram sujeitos ao cálculo do Alpha de Cronbach para avaliação da fiabilidade interna, tendo-se obtido um valor de 0,8, valor considerado bom (Hill & Hill, 2012).

Não sendo o objetivo último deste estudo a validação de um questionário, no final da sua aplicação, realizou-se novo cálculo do Alpha de Cronbach para perceber se mantinha a sua fiabilidade interna. O cálculo foi realizado quer por dimensão, quer no todo, com os seguintes resultados (Quadro 3.1):

	Alpha de Cronbach
Dimensão 1	0,50
Dimensão 2	0,69
Dimensão 3	0,68
Dimensão 4	0,83
Questionário Total	0,87

Quadro 3.1 – Resultados do Alpha de Cronbach por dimensão

Em estudo futuro, será necessário rever o número de itens por dimensão e realizar análise fatorial, para validação do questionário e assim poder ser aplicado noutras realidades.

3.6.2. Estratégias para a recolha de dados

Ao longo das seis semanas em que decorreu o estudo, a investigadora deslocou-se aos serviços, em horas diferentes, entre as 8,30h e as 15,30h, para observação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo. Para evitar enviesamento de resultados, uma vez que o questionário apresentava muita informação, passível de provocar alteração de comportamentos, optou-se por realizar a observação em cada um dos serviços e só depois entregar os questionários, que deveriam ser preenchidos e devolvidos, no prazo de uma semana.

3.7. Análise dos dados

Para serem incluídos no estudo, os questionários deveriam estar preenchidos na íntegra, como aconteceu efetivamente.

No tratamento dos dados, seguiu-se a metodologia utilizada pela *Agency for Healthcare Research and Quality* dos Estados Unidos (Rockville et al., 2008, 2014), para o tratamento de dados do instrumento que avalia a cultura de segurança do doente nos hospitais (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*).

Procedeu-se à recodificação das respostas com uma escala de *Likert* de cinco níveis, para uma escala de três níveis, de modo a obterem-se frequências absolutas e percentuais quer dos itens, quer das dimensões, sendo que as categorias negativas (1 e 2 discordo totalmente/discordo e nunca/raramente) foram combinadas e consideradas respostas negativas, assim como as categorias positivas (4 e 5 concordo/concordo totalmente e quase sempre/sempre) numa só categoria, sendo o resultado final a soma das frequências. A categoria identificada por 3, considerou-se como neutra (Quadro 3.2).

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Código com cinco níveis
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre	
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificado com três níveis

Quadro 3.2: Recodificação da escala

O resultado do questionário permitiu à investigadora conhecer as áreas problemáticas e ofereceu uma base séria, para sensibilizar os enfermeiros para a importância da identificação inequívoca do doente e criar oportunidade de melhoria.

Apresentam-se de seguida as dimensões do estudo, os itens por dimensão podem ser consultados no Quadro C (Apêndice VI).

As dimensões em estudo:

1. Confirmação da identidade do doente antes dos procedimentos;
2. Confirmação dos dados do doente na pulseira de identificação do doente;
3. Conhecimento do procedimento de identificação do doente:
 - conhecimento do procedimento de colocação da pulseira de identificação;
 - conhecimento das situações em que se deve utilizar a pulseira de identificação;
 - conhecimento dos dados a serem colocados na pulseira de identificação;
 - conhecimento do objetivo do uso da pulseira de identificação;
 - conhecimento do procedimento caso o doente recuse a colocação da pulseira de identificação;
4. Realização da confirmação da identificação do doente:
 - confirmação da identificação do doente antes de ir para o bloco operatório;
 - confirmação da identificação do doente antes de ir para exames complementares de diagnóstico;
 - confirmação da identificação do doente antes de ser transferido para outro serviço;
 - confirmação da identificação do doente antes de lhe ser administrada medicação;
 - confirmação da identificação do doente antes de lhe serem administrados sangue ou hemoderivados;
 - confirmação da identificação do doente antes de lhe serem colhidos sangue ou outros espécimes para análise.

Num estudo quantitativo, segundo Maroco (2003) e Pocinho (2012), no tratamento de dados podem ser utilizadas as seguintes técnicas de análise estatística:

tabelas de frequência e percentagem, medidas de tendência central, de dispersão e tabelas de contingência para comparar duas ou mais variáveis.

Neste estudo, procedeu-se a uma análise de estatística descritiva. Os resultados quer da aplicação do guião de observação, quer do questionário foram sujeitos a tratamento estatístico do SPSS, recorrendo-se ainda ao Excel para a realização dos gráficos.

3.8. Questões éticas

A investigação com seres humanos levanta questões éticas que necessitam de ser salvaguardadas. O estudo desenvolvido, apresenta uma fase de observação, sem qualquer tipo de intervenção ou manipulação de variáveis pela investigadora que pudesse ter influência nos cuidados prestados.

O processo de investigação efetuado não necessitou da recolha de dados constantes do processo clínico dos doentes, nem mesmo da sua identidade.

Foi efetuado pedido à Direção de Enfermagem e, por se tratar de um estudo sobre um procedimento da enfermagem e, por a investigadora ser enfermeira da instituição, a mencionada Direção não considerou necessário pedir parecer à Comissão de Ética (Anexo II).

A presença da investigadora, conhecida no meio pelo exercício de funções e realização de auditorias na área da segurança do doente, para a comissão da qualidade e segurança do centro hospitalar, presença habitual, não constituiu qualquer motivo de mal estar ou insegurança.

Para além da observação dos momentos considerados, pela investigadora, como chave, na identificação do doente, foi aplicado um questionário aos enfermeiros que aceitaram participar, tendo-lhes sido prestada a devida informação e assinado o respetivo consentimento informado (Apêndice VII).

Em momento algum, doentes ou enfermeiros, incorreram em qualquer risco de segurança ou privacidade.

Os resultados obtidos mantêm a confidencialidade dos dados dos participantes, compromisso assumido pela investigadora.

3.9. Limitações e constrangimentos do estudo

A escassez de tempo para a investigação tornou-se o principal constrangimento a este estudo. O turno da manhã (8-16h), o mais rico em momentos de identificação do doente, exigia completa disponibilidade à investigadora, para a realização de observação, incompatível, no entanto, com o cumprimento das demais obrigações da sua atividade profissional. Para a utilização de uma amostra aleatória estratificada, por exemplo, passar-se-iam semanas até serem encontrados e observados os enfermeiros selecionados, uma vez que o horário de *rolleman* não é, *de per si*, elemento facilitador.

A quase inexistência de estudos em Portugal e a falta de bibliografia específica nesta área, se proporcionaram um desafio e aguçaram o engenho, também se tornaram elementos adversos.

3.10. Destaque do capítulo metodologia

Apresenta-se um estudo descritivo e transversal, que decorreu entre os dias 24 de novembro de 2015 e o dia 8 de janeiro de 2016.

A amostra foi constituída de forma não probabilística de conveniência de entre os enfermeiros que aceitaram ser observados, num total de 51 (19,3% da população).

Os instrumentos de recolha de dados são dois: um guião de observação dos momentos de identificação do doente (antes de seis procedimentos) e um questionário com três partes, em que a primeira caracteriza a amostra e as seguintes, com questões respondidas através de uma escala de *Likert*, pretendem estudar a perceção dos enfermeiros relativamente ao conhecimento e realização da identificação dos doentes.

Os dados recolhidos foram sujeitos a tratamento estatístico com o SPSS.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos no estudo e, realizar ao mesmo tempo a sua análise. Uma vez que os resultados obtidos advêm de dois instrumentos de recolha de dados, no início de cada subcapítulo far-se-á referência ao instrumento em análise.

4.1. Caraterização sociodemográfica da amostra

O questionário foi entregue em mão, aos enfermeiros que faziam parte da amostra, não probabilística de conveniência, no final do período de observação. Dos 51 enfermeiros que aceitaram participar no estudo, todos responderam ao questionário.

Os enfermeiros respondentes, são na sua maioria do género feminino (80%); dos inquiridos apenas dez enfermeiros são do género masculino. A distribuição dos enfermeiros participantes no estudo por género, sendo casual, representa em boa medida a realidade da enfermagem continuar a ser uma profissão essencialmente feminina (Gráfico 4.1).

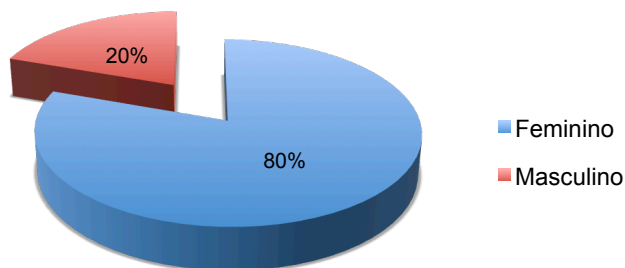


Gráfico 4.1 - Distribuição por género

Relativamente à idade, a média da amostra situa-se nos 35,78 anos, com um desvio padrão de 7,8. Trata-se, pois, de uma amostra predominantemente jovem em que 47,1% tem idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos de idade (Gráfico 4.2).

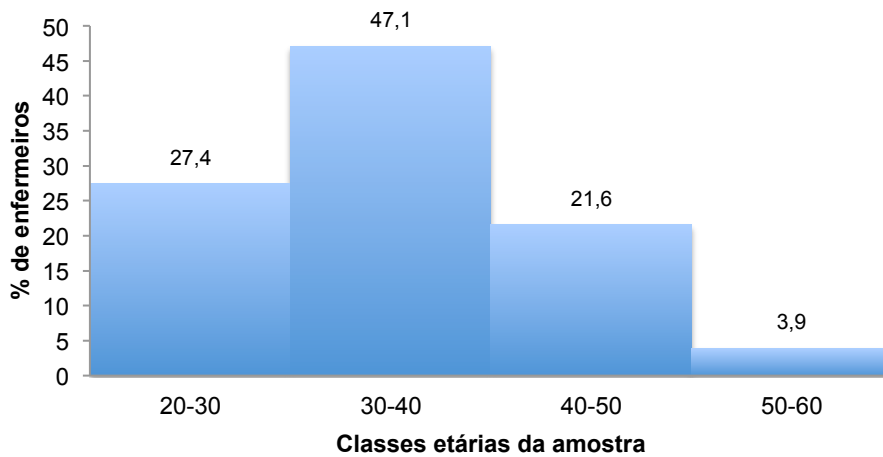


Gráfico 4.2 - Distribuição por idade

Quanto ao tempo de experiência profissional dos inquiridos, situa-se entre 1 e 38 anos, com uma média de 12,1 anos e desvio padrão de 7,66; registando-se que, 49% da amostra, tem entre cinco e dez anos de exercício profissional (Gráfico 4.3). As restantes classes, de tempo de experiência profissional, dividem a amostra em grupos idênticos.



Gráfico 4.3 - Distribuição pelo tempo de experiência profissional

Quanto ao tempo de experiência, no presente serviço, dos membros desta amostra, varia de alguns meses a 18 anos, com média de 6,53 anos e um desvio padrão de 4,35; registando-se que 49% da amostra tem entre 5 e 10 anos de experiência profissional no serviço (Gráfico 4.4).

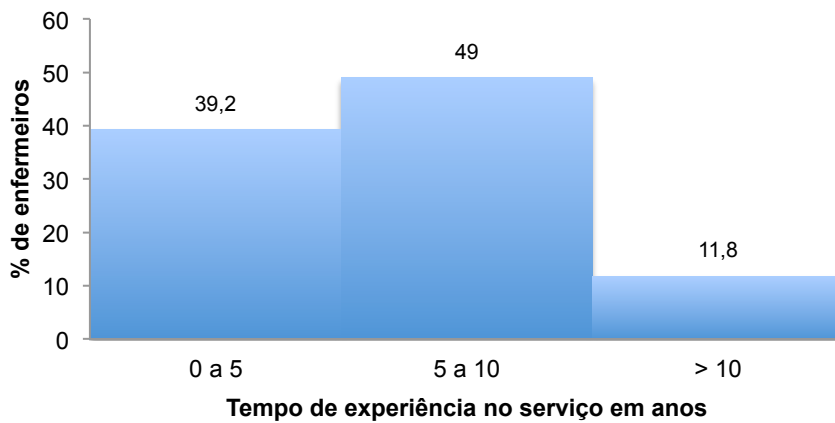


Gráfico 4.4 - Distribuição pelo tempo de experiência no serviço

A amostra distribui-se pelos serviços médicos, cirúrgicos e ambulatório, incidindo sobre 49% dos enfermeiros dos serviços da área cirúrgica. Esta área afigurava-se de particular relevância nesta observação, que pretendia estudar o momento antes de transferir o doente para o bloco operatório e, de facto, a maior parte dos doentes com indicação de ir ao bloco estão internados nesses serviços (Gráfico 4.5).

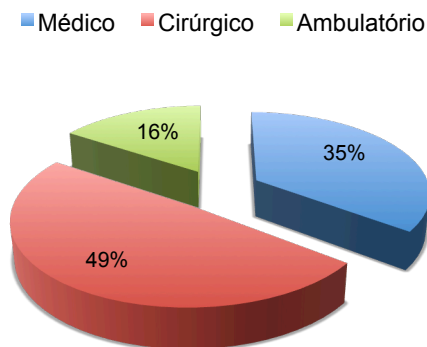


Gráfico 4.5 - Distribuição pelo tipo de serviço

Relativamente à formação, apenas 39% da amostra fez formação, para além da licenciatura (Gráfico 4.6). Observa-se no entanto, que os enfermeiros mais jovens procuram obter mais formação: 6 enfermeiros habilitados com mestrado têm 34,5 anos de média de idade e 14 com pós graduação têm 37,7 anos de média de idade.

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

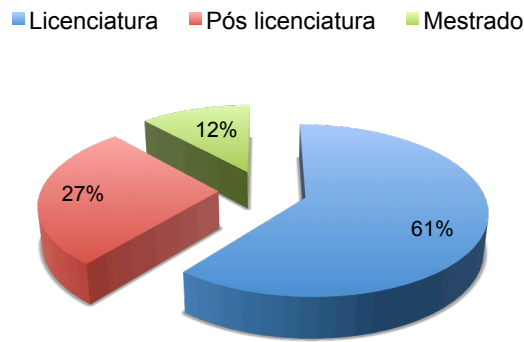


Gráfico 4.6 - Distribuição pelo tipo de formação profissional

Acerca da formação na área da segurança do doente, pretendia-se saber se a amostra frequentara alguma atividade nesta área. Apenas 33% dos enfermeiros da amostra frequentaram formação em segurança do doente (Gráfico 4.7). Dos 17 enfermeiros que frequentaram formação em segurança do doente, apenas oito (41%) referem ter sido abordado o tema da identificação inequívoca do doente (Gráfico 4.8). Ou seja, 84,3% da nossa amostra não teve formação no tema. Este dado, por si só, indica a necessidade de desenvolver a breve prazo, esta área de formação, tão importante quanto urgente.

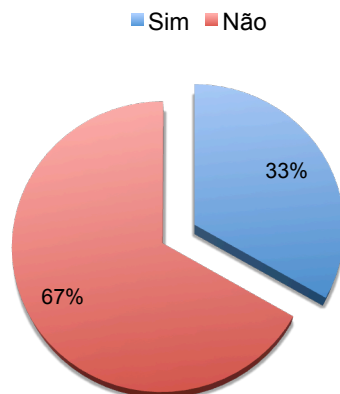


Gráfico 4.7 - Distribuição pela frequência de formação em segurança do doente

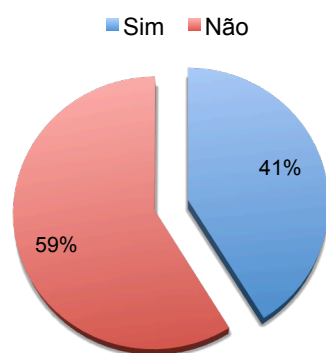


Gráfico 4.8 - Distribuição pela frequência de formação em identificação do doente entre os que fizeram formação em segurança do doente

4.2. Caracterização da amostra por momentos de observação

As observações decorreram em três grupos de serviços: médicos, cirúrgicos e ambulatório. O número de observações foi superior em serviços da área cirúrgica (50%), pois o momento que antecede a ida para o bloco operatório afigurava-se importante neste estudo (Gráfico 4.9). As limitações relacionadas com a disponibilidade da investigadora acabaram por ser condicionantes, uma vez que parte dos doentes já fica no bloco antes das 8h da manhã e esses momentos foram perdidos. Todos os resultados das observações estão disponíveis no Quadro D (Apêndice VIII).

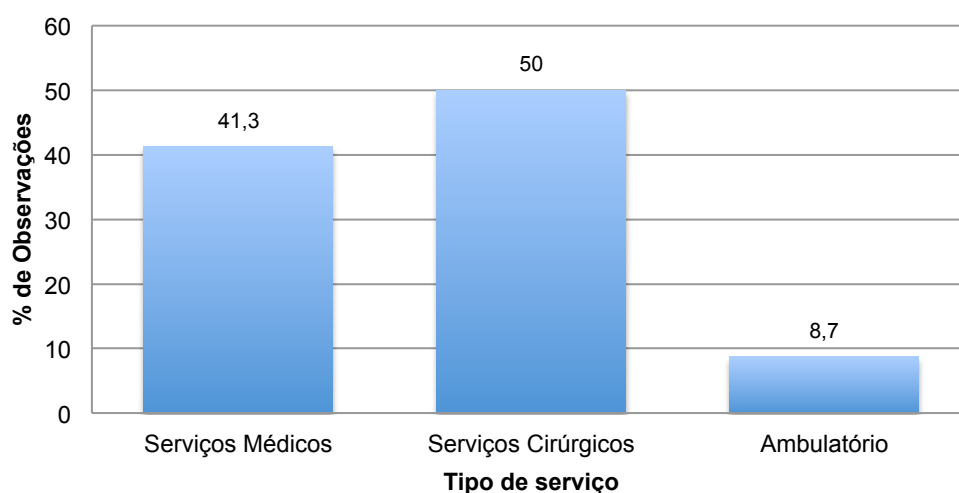


Gráfico 4.9 - Distribuição das observações realizadas por tipo de serviço
Nota: Total de observações realizadas aos 51 enfermeiros da amostra: 566

No período de tempo em que decorreu o estudo, os 51 enfermeiros da amostra foram observados nos seus procedimentos, durante 100 horas; cada enfermeiro foi observado cerca de duas horas em dias e horas diferentes, tendo-se obtidos 566 momentos de identificação do doente (Gráfico 4.10), distribuídos pelos seguintes momentos:

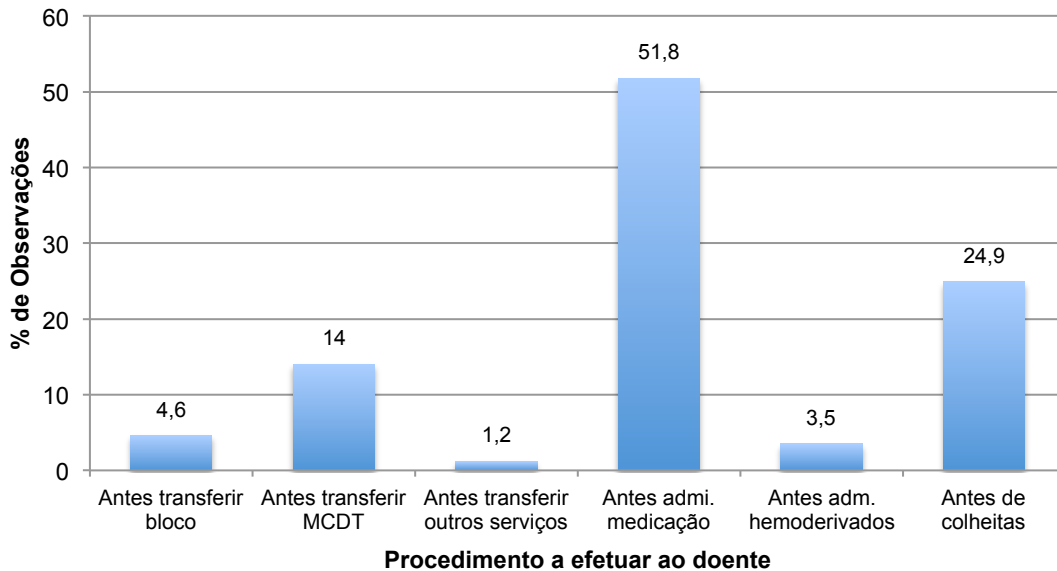


Gráfico 4.10 - Distribuição das observações por momentos de identificação do doente
Nota: Total de observações realizadas aos 51 enfermeiros da amostra: 566

a) Transferência para o bloco operatório

Foram observadas 26 transferências para o bloco em que houve intervenção por parte da enfermagem; muitas outras foram observadas em que o assistente operacional chegou ao quarto, perguntou o nome ao doente e seguiu com ele para o bloco sem que o enfermeiro estivesse presente, pelo que não foram consideradas neste estudo.

O tipo de confirmação realizada é quase unânime (80,8%), limitando-se à utilização de um identificador verbal – nome - e o número da cama. De referir apenas quatro confirmações de dados na pulseira (15,4%) (Gráfico 4.11).

Embora não fosse objetivo do nosso estudo, e por isso não tendo sido possível quantificar, foi possível observar que houve pelo menos quatro doentes que não tinham pulseira no momento de saída do serviço para o bloco operatório.

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

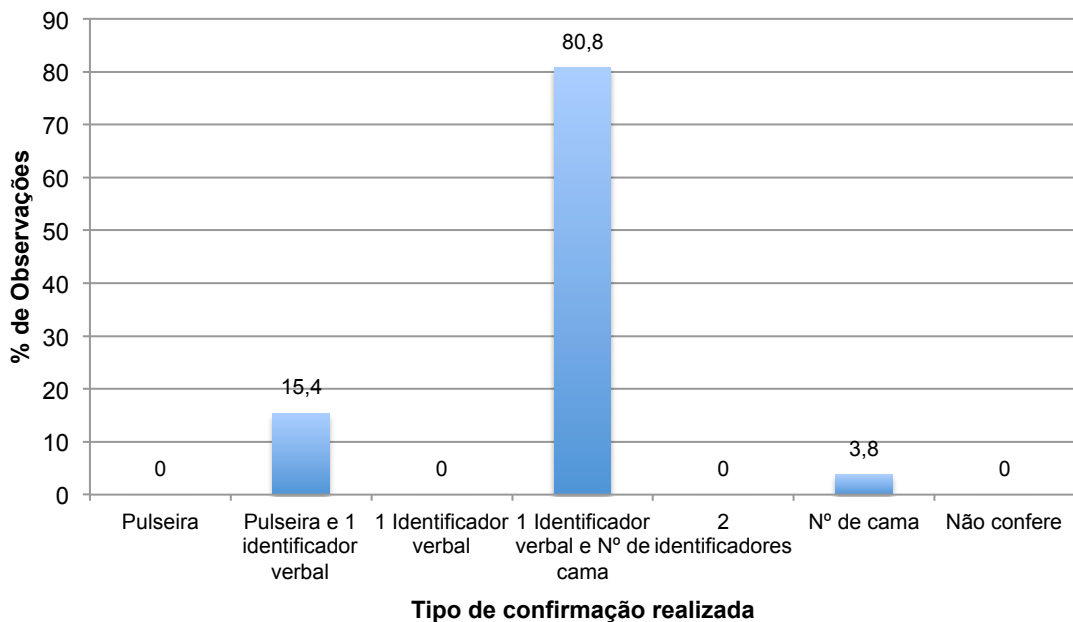


Gráfico 4.11 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes de transferir o doente para o bloco

Nota: Número total de observações realizadas antes do doente ser transferido para o bloco: 26

b) Transferência para exames complementares de diagnóstico

A transferência das enfermarias para MCDT, ocorrem maioritariamente sem intervenção do enfermeiro; os AO recebem diariamente uma lista com o nome do doente, número da cama e exame a efetuar e, consoante o horário, deslocam-se aos serviços para acompanhar o doente. Em algumas situações, o enfermeiro responsável pelo doente nem se apercebe da sua saída, basta que esteja noutra quarto e o AO não o procure para o informar. Observamos, também, 79 transferências para MCDT com intervenção de enfermagem, em que a identificação do doente foi confirmada com recurso a nome e número de cama (73.4%), a pulseira e um nome foi utilizada apenas em 19% dos casos.

Atitude diferente foi observada nas técnicas de gastroenterologia, onde todos os doentes são colocados inicialmente numa sala de recobro e são identificados com colocação de pulseira de identificação. Quando são deslocados para as salas de técnicas, a sua identificação é confirmada pelo enfermeiro, perguntando-lhe o nome (um identificador verbal) e consultando a pulseira de identificação (Gráfico 4.12)

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

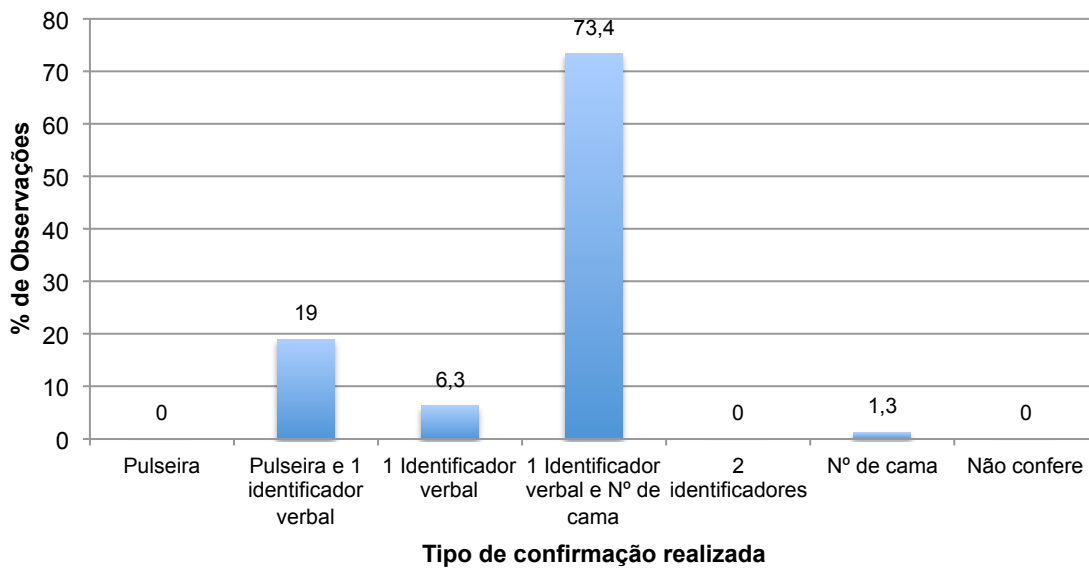


Gráfico 4.12 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes de transferir o doente para meios complementares de diagnóstico

Nota: Número total de observações realizadas antes do doente ser transferido para MCDT: 79

c) Transferência para outros serviços

As transferências entre serviços são pouco frequentes, pelo que se realizaram apenas sete observações; é o enfermeiro responsável pelo doente que procede à sua transferência, reunindo os seus pertences e documentação. Na totalidade das transferências observadas, os identificadores foram o nome e o número da cama (Gráfico 4.13).

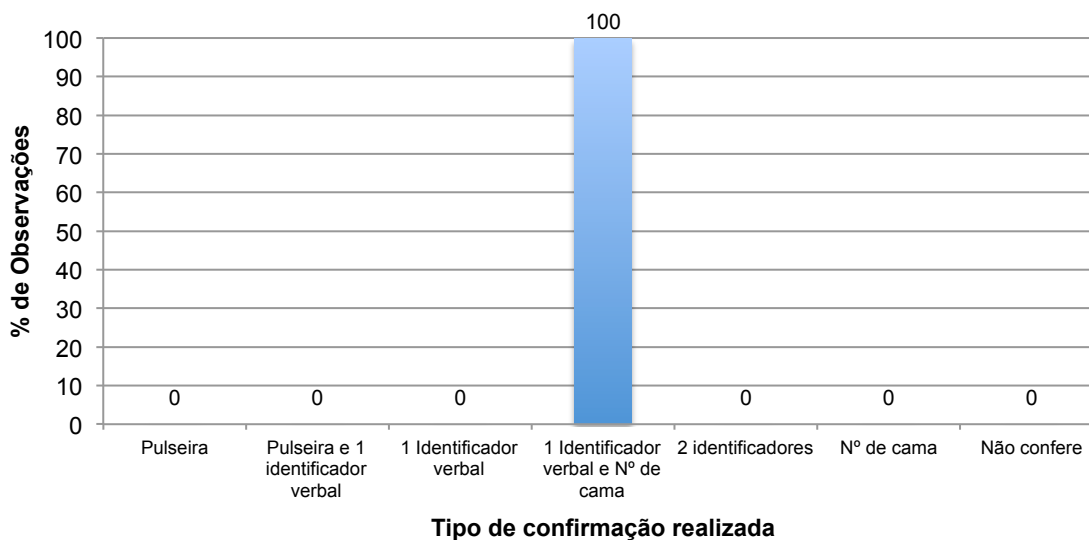


Gráfico 4.13 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes de transferir o doente para outro serviço

Nota: Número total de observações realizadas antes do doente ser transferido de serviço: 7

d) Administração de medicação

O momento que antecede a administração da medicação, foi o mais observado. A literatura descreve a ocorrência de erros na administração da medicação, relacionados com a incorreta identificação do doente, Silva e Camerini (2012) referem no seu estudo que em 70,5% dos casos observados, não houve a preocupação pela parte dos profissionais de confirmar o nome completo do doente, identificando-os apenas pelo número da cama.

Das 293 observações realizadas antes da administração da medicação, em 178 (60,8%) o método de confirmação da identificação do doente foi um nome (primeiro ou último nome) e o número da cama; em 30% dos casos foi utilizado apenas um nome; a pulseira e um nome foram utilizados 23 vezes (7,9%), sendo que 15 desses momentos foram observados no ambulatório, no momento de puncionar e colocar soro ao utente que ia realizar EDA/Colonoscopia (Gráfico 4.14).

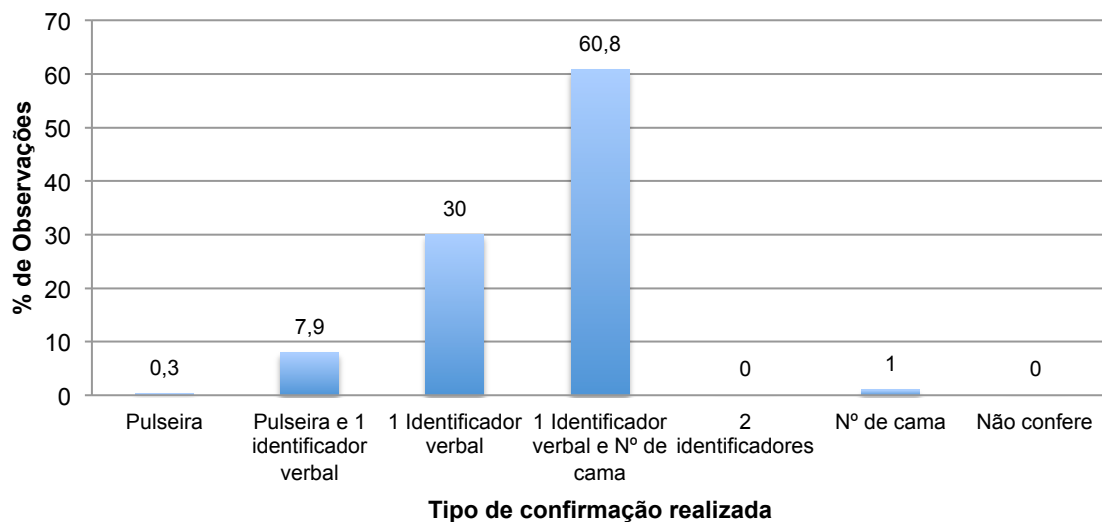


Gráfico 4.14 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes da administração de medicação ao doente

Nota: Número total de observações realizadas antes de administrar medicação ao doente: 293

e) Administração de sangue e hemoderivados

Observaram-se 20 momentos de identificação do doente antes da administração de sangue ou hemoderivados e, apesar da utilização do sistema GRICODE®, em uma das vezes (5%) não foram confirmados os dados da pulseira com leitura do código de barras. Este sistema exige que todos os passos, desde a colheita da amostra com colocação de pulseira e etiquetagem quer do tubo quer da requisição, até à colocação da transfusão em curso e seu terminus, seja confirmada através da leitura ótica do código de barras. Apesar deste sistema, ainda assim, é

possível iniciar a administração de sangue sem que todas as confirmações sejam realizadas. Tal ocorreu em uma das situações que foram observadas (Gráfico 4.15).

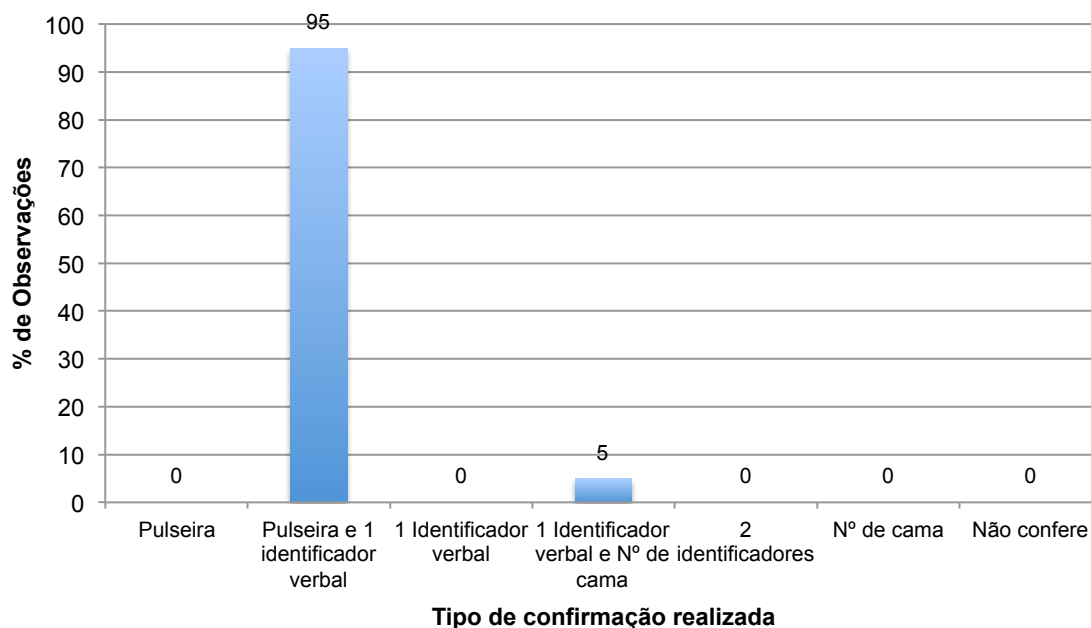


Gráfico 4.15 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes da administração de sangue ou hemoderivados ao doente

Nota: Número total de observações realizadas antes da administração de sangue ou hemoderivados ao doente: 20

f) Colheita de sangue e de outros espécimes para análise

Observaram-se 141 momentos antecedentes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise. Nesta intervenção da enfermagem, mantém-se a tendência em confirmar a identificação do doente apenas com um nome e número de cama (81,5%); um nome apenas foi utilizado em 15,6% dos casos. Apenas em quatro momentos foi consultada a pulseira de identificação (2,8%) para além da utilização de um identificador verbal, verificou-se, nestes casos que os doentes não falavam (Gráfico 4.16).

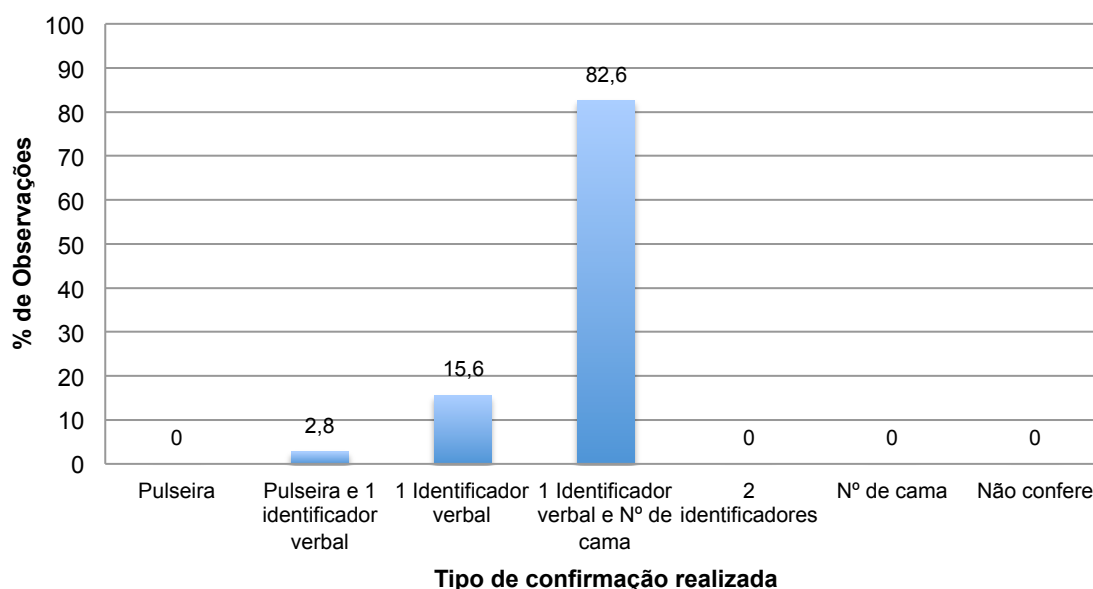


Gráfico 4.16 - Distribuição do tipo de confirmação realizada antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise ao doente

Nota: Número total de observações realizadas antes da realização de colheitas de sangue ou de outros espécimes ao doente: 141

4.3. Apresentação dos resultados globais por dimensão em estudo

Procedeu-se a uma análise detalhada dos resultados obtidos através das respostas aos questionários.

Apresentam-se inicialmente os resultados globais obtidos por dimensão e sub-dimensão. Para facilitar a leitura, as sub-dimensões passam a ser apelidadas de “categorias” (todos os resultados podem ser consultados no Quadro E – Apêndice IX).

Numa segunda fase apresentam-se os resultados obtidos por tipo de serviço, realizando uma análise comparativa entre o que as respostas dos enfermeiros demonstraram e o que foi observado.

Numa terceira fase apresentam-se os resultados por formação profissional, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço.

As dimensões que constituem o estudo são quatro:

1. Confirmação da identificação do doente;
2. Confirmação dos dados na pulseira de identificação;
3. Conhecimento do procedimento de identificação do doente;
4. Realização do procedimento confirmação da identificação do doente.

No Quadro C (Apêndice VI) são apresentadas as questões distribuídas pelas quatro dimensões e no Quadro E (Apêndice IX) a percentagem de respostas dos enfermeiros por dimensão.

As dimensões “confirmação dos dados na pulseira de identificação” e “realização do procedimento confirmação da identificação do doente” não chegam aos 35% de respostas positivas (Gráfico 4.17), assim distribuídas:

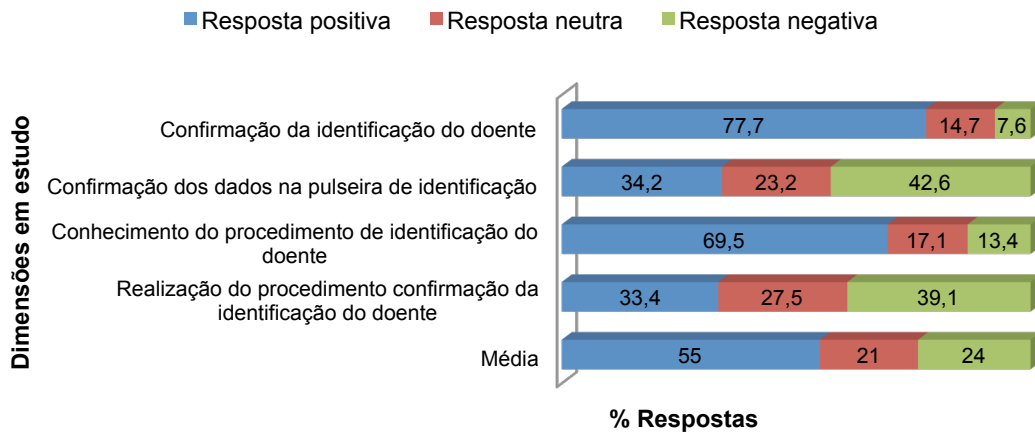


Gráfico 4.17 - Distribuição das respostas pelas dimensões em estudo

Dimensão 1. Confirmação da identificação do doente

Esta dimensão é composta por dez itens e tem por objetivo perceber quais são as atividades de identificação do doente mais valorizadas pelos enfermeiros. O item “confio na minha memória, se conheço o doente, não confirmo a sua identificação”, apresenta uma percentagem de resposta positiva de apenas 39,2% (Gráfico 4.18). Este item, pela sua redação, teve tratamento estatístico invertido, no entanto vê-se confirmada a atitude dos enfermeiros que durante a observação realizavam uma confirmação incompleta. Apesar de 90,2% responder positivamente ao item “pergunto o nome ao doente para que seja ele a identificar-se”, esta atitude só foi observada no ambulatório (recobro das técnicas de gastroenterologia).

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

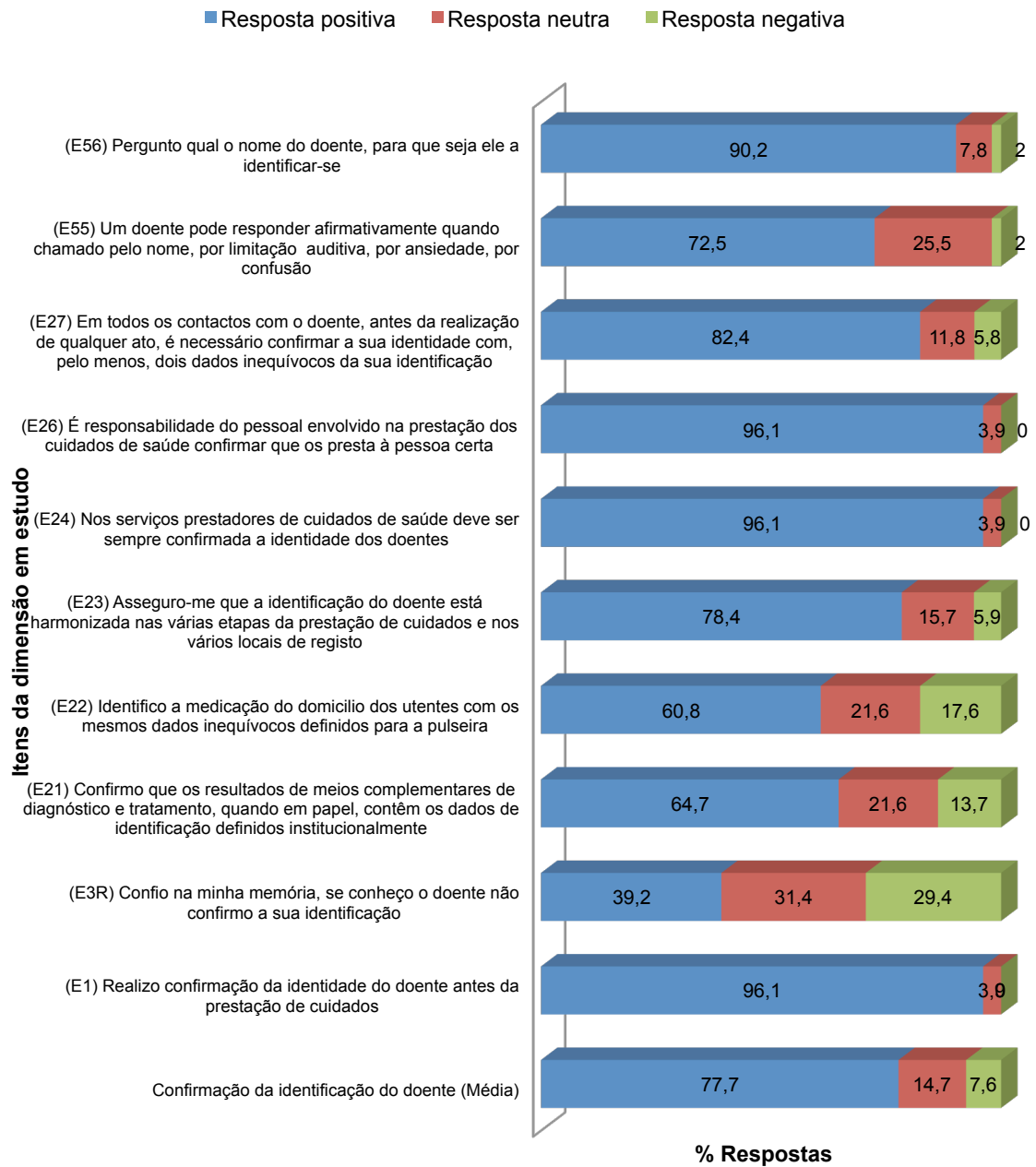


Gráfico 4.18 - Distribuição das respostas por item na dimensão confirmação da identificação do doente

Dimensão 2. Confirmação dos dados na pulseira de identificação

A dimensão em estudo é constituída por sete itens (Gráfico 4.17). A confirmação dos dados na pulseira do doente não faz parte da rotina dos enfermeiros desta amostra. Percentagens inferiores a 50% de respostas positivas permitem verificar que não há o hábito de pedir ao doente (47,1%) ou aos familiares (35,3%)

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

para confirmarem os dados inscritos nas pulseiras de identificação. A confirmação, quando ocorre, é feita tratando o doente pelo primeiro nome (resposta com tratamento estatístico invertido, com valores positivos de apenas 3,9%), ou pelo apelido (resposta com tratamento estatístico invertido, com valores positivos de 29,4%) (Gráfico 4.19).

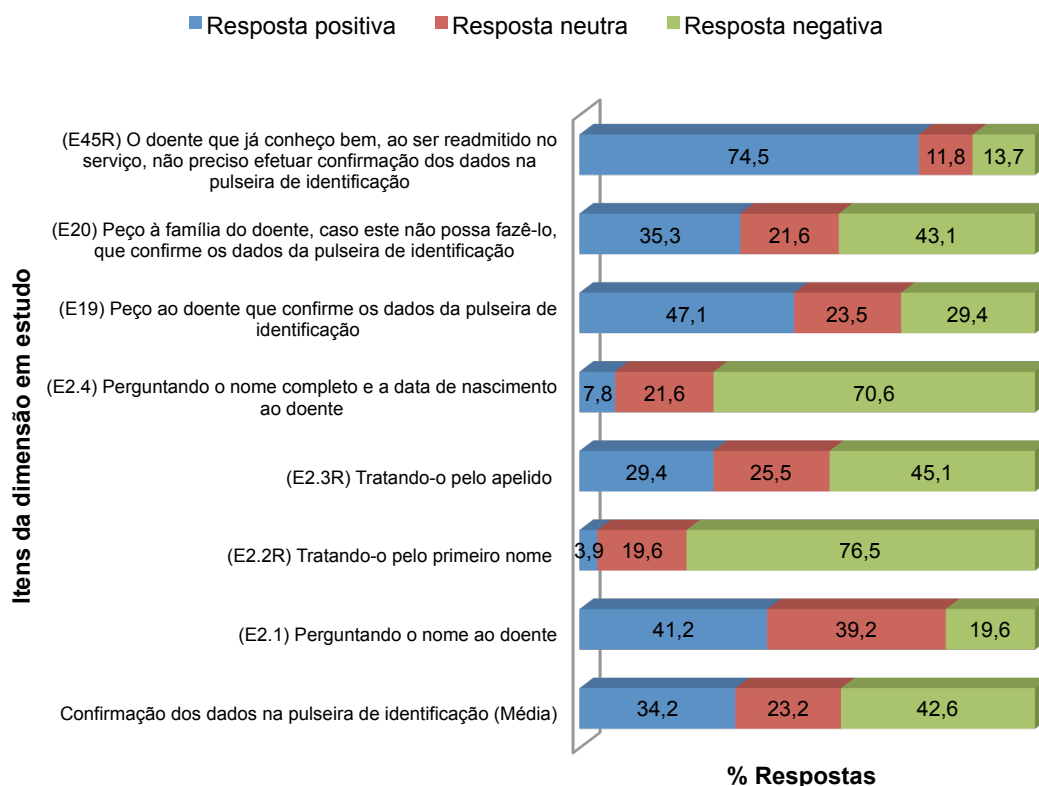


Gráfico 4.19 - Distribuição das respostas por item na dimensão confirmação dos dados na pulseira de identificação

Dimensão 3. Conhecimento do procedimento identificação do doente

Esta dimensão é constituída por cinco categorias:

- conhecimento da colocação da pulseira de identificação;
- conhecimento das situações em que se utiliza pulseira de identificação;
- conhecimento dos dados a serem colocados na pulseira de identificação;
- conhecimento dos objetivos da utilização da pulseira de identificação;
- conhecimento do procedimento quando o doente recusa a pulseira.

Os resultados por categoria encontram-se disponíveis no Quadro E (Apêndice IX). A média global da dimensão tem uma percentagem de respostas positivas de 69,5% (Gráfico 4.17).

A categoria conhecimento da “colocação da pulseira de identificação” é constituída por 14 itens. Oferece o resultado médio de 62,6%, influenciado de forma positiva por itens como “coloco pulseira de identificação ao doente confuso” (86,3%), “coloco pulseira de identificação ao doente com problemas da linguagem” (80,4%); estes resultados mostram que o procedimento implementado em 2009 está rotinizado; mas é influenciado negativamente por itens que, pertencendo ao procedimento, não são valorizados pelos enfermeiros, como por exemplo “coloco a pulseira no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente” (13,7%) e do item “coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante” (17,6%) (Quadro E – Apêndice IX). A escolha do membro superior dominante, para colocar a pulseira, deve-se ao facto de se evitar colocar cateteres nesse braço, para não limitar a autonomia do doente; ao colocar a pulseira nesse braço, diminui-se a possibilidade de vir a ser retirada indevidamente (National Patient Safety Agency (NSPA), 2005).

A categoria “situações em que se utiliza pulseira de identificação” é constituída por cinco itens. A “realização de exames complementares de diagnóstico” e “hospital de dia” apresentam valores respetivamente de 74,5% e 72,6%, sendo os valores mais baixos da categoria (Quadro E - Apêndice IX).

A categoria “dados a serem colocados nas pulseiras de identificação” é constituída por nove itens; chama-se à atenção o item “número da cama/quarto”, com um valor de resposta positivo de 29,4% (Quadro E - Apêndice IX). Esta questão, com redação pela negativa, pertencia perceber se os enfermeiros consideram o número da cama/quarto como um dado inequívoco de identificação. Efetivamente, os dados a serem utilizados devem ser: número de processo único, nome completo e data de nascimento. O número da cama não deve constar da pulseira, pois torna-se potenciador do erro, uma vez que o doente pode mudar de quarto ou de cama sem que haja garantia, de serem alterados os dados (Andaluzia, 2009; Direção Geral de Saúde de Portugal, 2011).

A categoria “objetivos da utilização da pulseira de identificação” é constituída por quatro itens. O item com tratamento de dados invertido “a identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira” tem um valor próximo dos 75%, deixando uma margem ainda significativa de indecisos (resposta neutra de 19,6%), (Quadro E - Apêndice IX).

A categoria conhecimento do “procedimento quando o doente recusa a pulseira,” é constituído por seis itens. O valor de resposta média não foi além dos 62,4% de respostas positivas (Gráfico 4.20). Esta categoria, das cinco, é aquela que

tem um valor de respostas positivas mais baixo. Três itens, “se o doente recusa a colocação da pulseira respeito a sua vontade”, “coloco a pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles” e “no serviço onde exerço funções o doente pode recusar a pulseira de identificação” dividiram a amostra entre as respostas positivas, negativas e neutras. O desconhecimento do procedimento é notório, pois o doente pode recusar a colocação da pulseira, mas cabe ao profissional recorrer a alternativas estratégicas que ofereçam a mesma eficácia (Direção Geral de Saúde, 2011).

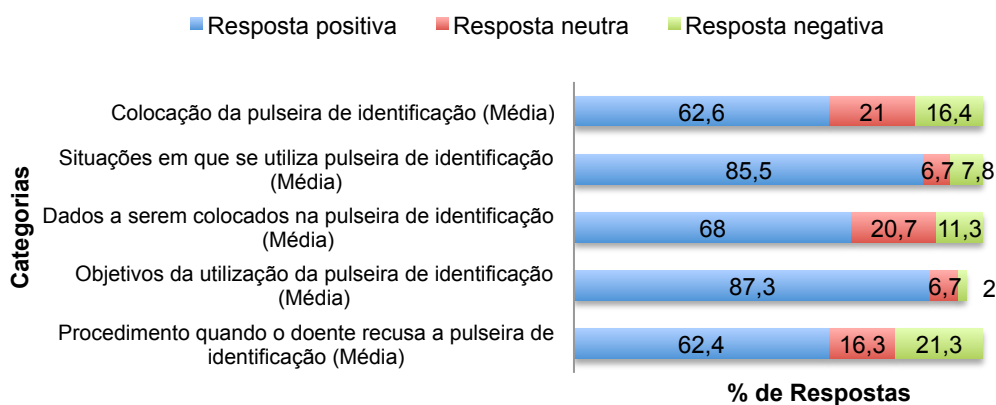


Gráfico 4.20 - Distribuição das respostas por categoria da dimensão conhecimento

Dimensão 4. Realização do procedimento confirmação da identificação do doente

Esta dimensão é constituída por seis categorias, apresenta a média mais baixa de respostas positivas (33,4%- Gráfico 4.17 – pg. 44). Estas categorias retratam os seis momentos, em que deve ocorrer a confirmação da identificação do doente, prévios à sua realização.

No questionário, cada momento é avaliado por cinco itens: os quatro primeiros itens repetem-se em cada um dos seis momentos. A cada momento acrescenta-se um quinto item, conforme a sua especificidade (podem ser consultados no Quadro C - Apêndice VI).

Cinco das categorias apresentam percentagens de respostas positivas muito baixas; de entre elas, apenas a categoria confirmação da identificação do doente “antes da administração de sangue ou hemoderivados” apresentou percentagem superior a 50%.

A categoria confirmação “antes do doente ser transferido para o bloco” tem uma percentagem de respostas positivas de apenas 26,3%. Três itens apresentam

mesmo percentagens de respostas positivas abaixo dos 14%. A categoria confirmação da identificação do doente “antes de o transferir para MCDT” apresenta uma percentagem de 27,9% de respostas positivas. A confirmação da identificação do doente “antes de ser transferido para outro serviço” não ultrapassou a percentagem de 31% de respostas positivas. A categoria “antes da administração da medicação” apresenta 25,9% de respostas positivas (Gráfico 4.21).

A categoria “antes da administração de sangue e hemoderivados”, apresenta a percentagem mais elevada de respostas positivas (52,2%). Este valor foi influenciado positivamente pelo facto de existir o sistema próprio de confirmação da identificação do doente e por haver correspondência com o tratamento a ser realizado, por sistema de código de barras. A confirmação da identificação “antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise” apresenta uma percentagem de respostas positivas de 37,3% (Gráfico 4.21).

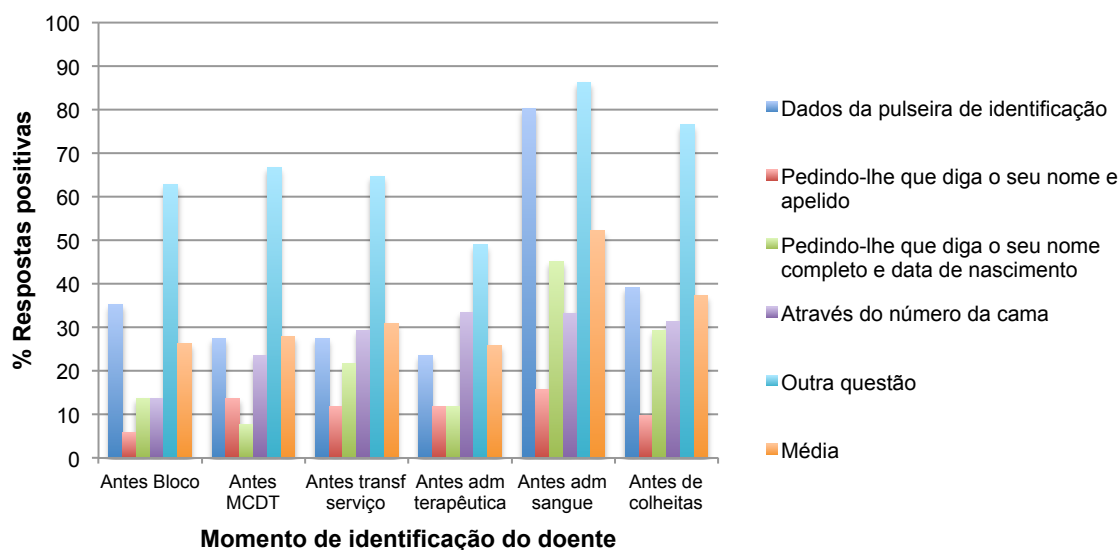


Gráfico 4.21 - Distribuição das respostas positivas por momento de identificação

4.3.1. Comparação de resultados entre serviços

Procedeu-se à análise comparativa dos resultados positivos por dimensão entre os três grupos de serviços (os resultados por item podem ser consultados no Quadro F - Apêndice X). Os serviços de ambulatório (Hospital de Dia e Técnicas de gastroenterologia) apresentam as percentagens de respostas positivas mais elevadas em três dimensões, apresentando a segunda melhor percentagem (70,4%) na dimensão “conhecimento do procedimento de identificação do doente” (Gráfico 4.22).

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

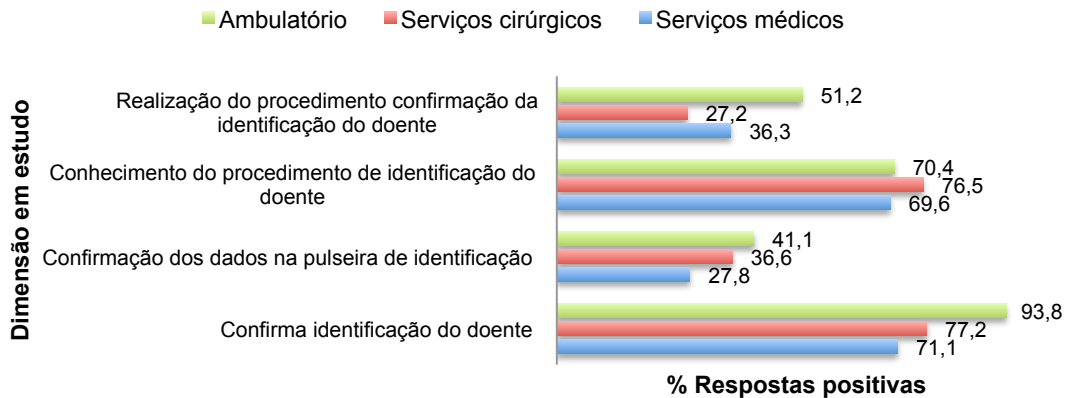
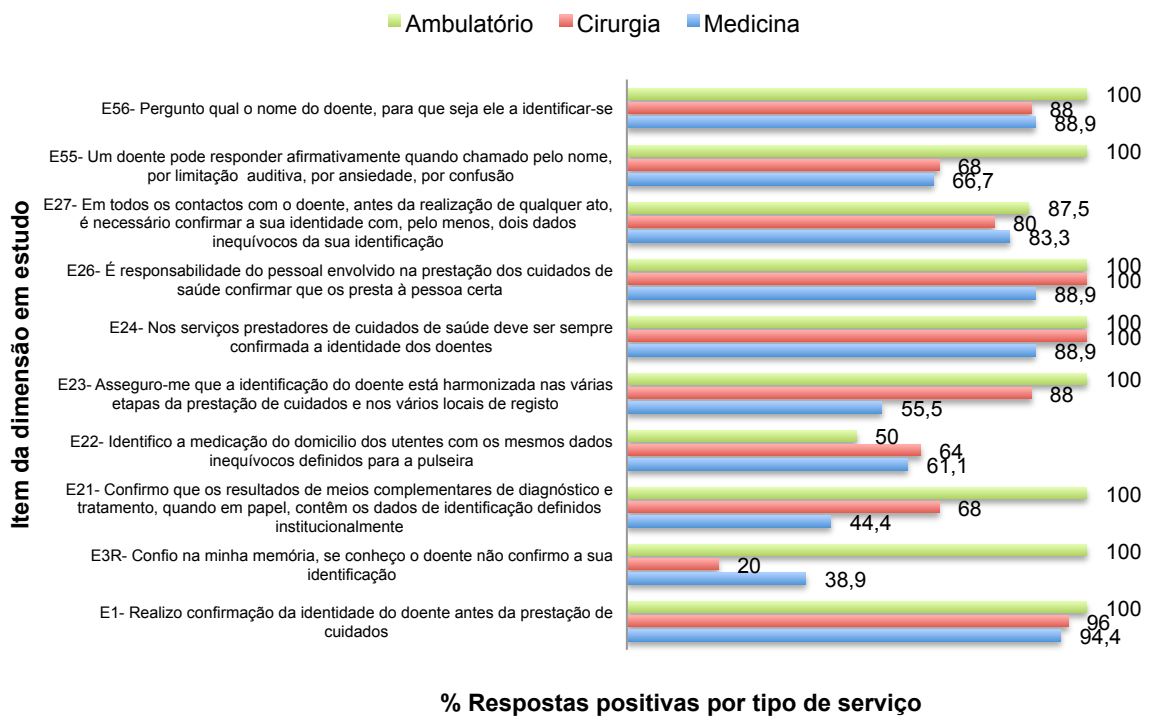


Gráfico 4.22 – Distribuição das respostas positivas em cada dimensão por tipo de serviço

Dimensão 1. Confirmação da identificação do doente

Pela análise do gráfico percebe-se que o ambulatório apresenta os valores de resposta positiva mais elevados, oito dos quais com valores de 100%. O valor mais baixo (50% de respostas positivas) surge no item “identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados inequívocos definidos pela pulseira” (Gráfico 4.23). Os serviços de medicina apresentam, de uma forma geral valores idênticos ou inferiores aos dos serviços de cirurgia, exceto no item “confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação”.



Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Gráfico 4.23 - Distribuição de respostas positivas por item na dimensão confirmação da identificação do doente por tipo de serviço

Dimensão 2. Confirmação dos dados na pulseira de identificação

São visíveis no gráfico 4.24, os valores de resposta positiva, em alguns casos de 0%. A colocação de pulseira de identificação, sendo já uma prática em quase todos os serviços, ainda não é regularmente consultada pela enfermagem antes de prestar cuidados ao doente (11,5% das observações realizadas conforme Quadro D – Apêndice VIII) .

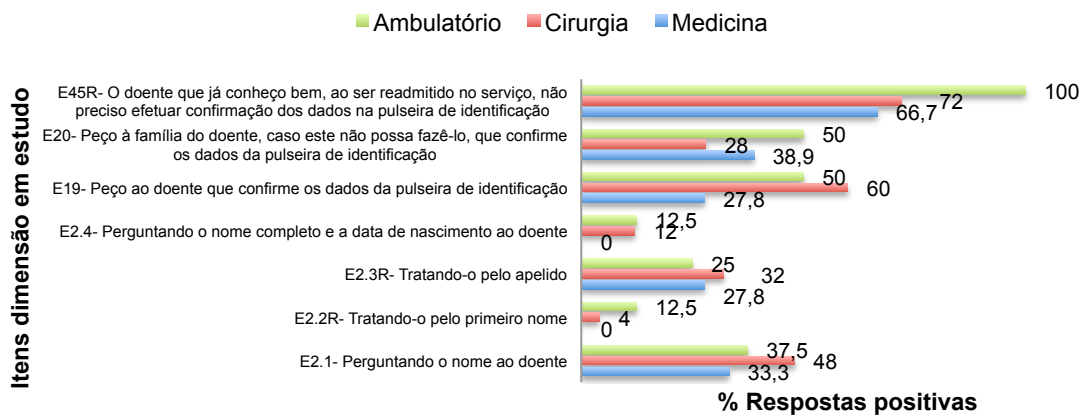


Gráfico 4.24 - Distribuição de respostas positivas por item na dimensão confirmação dos dados do doente na pulseira de identificação por tipo de serviço

Dimensão 3. Conhecimento do procedimento identificação do doente

Pelo tipo de resposta, os enfermeiros têm conhecimento do procedimento, sendo as situações em que se utiliza a pulseira e os objetivos das mesmas (acima de 80% em ambos os casos). Os serviços cirúrgicos, demonstram um melhor conhecimento em relação aos outros dois grupos de serviços em todas as categorias (66%, 91%, 74,2% e 65,1% respetivamente), exceto na categoria “situações em que se utiliza a pulseira de identificação” com valor 0,2% inferior aos serviços médicos (Gráfico 4.25).

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

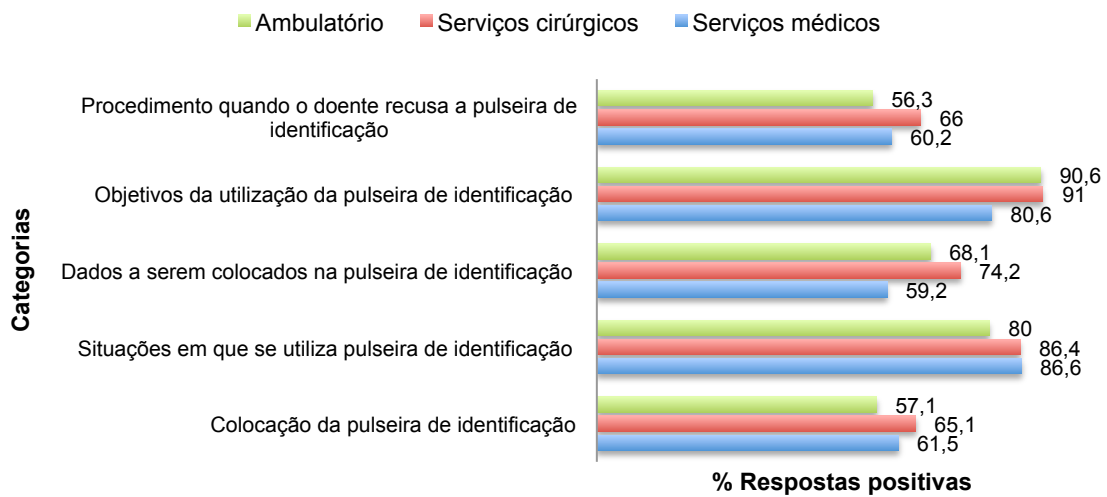


Gráfico 4.25 - Distribuição das respostas positivas nas categorias do conhecimento por tipo de serviço

Dimensão 4. Realização da confirmação da identificação do doente

Os serviços de ambulatório apresentam as mais elevadas percentagens de resposta positiva na realização, exceto no momento de enviar o doente para o bloco (10%) ou para os MCDT (32,5%), uma vez que estes dois momentos são raros na sua atividade. Os serviços cirúrgicos, que apresentaram os melhores resultados no “conhecimento” (conforme resultados globais no Quadro F – Apêndice X), não o demonstram na dimensão “realização” (idem Apêndice X); são nomeadamente, os serviços médicos que têm melhor percentagem de confirmação na transferência para o bloco operatório com 34,5% de respostas positivas (Gráfico 4.26).

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

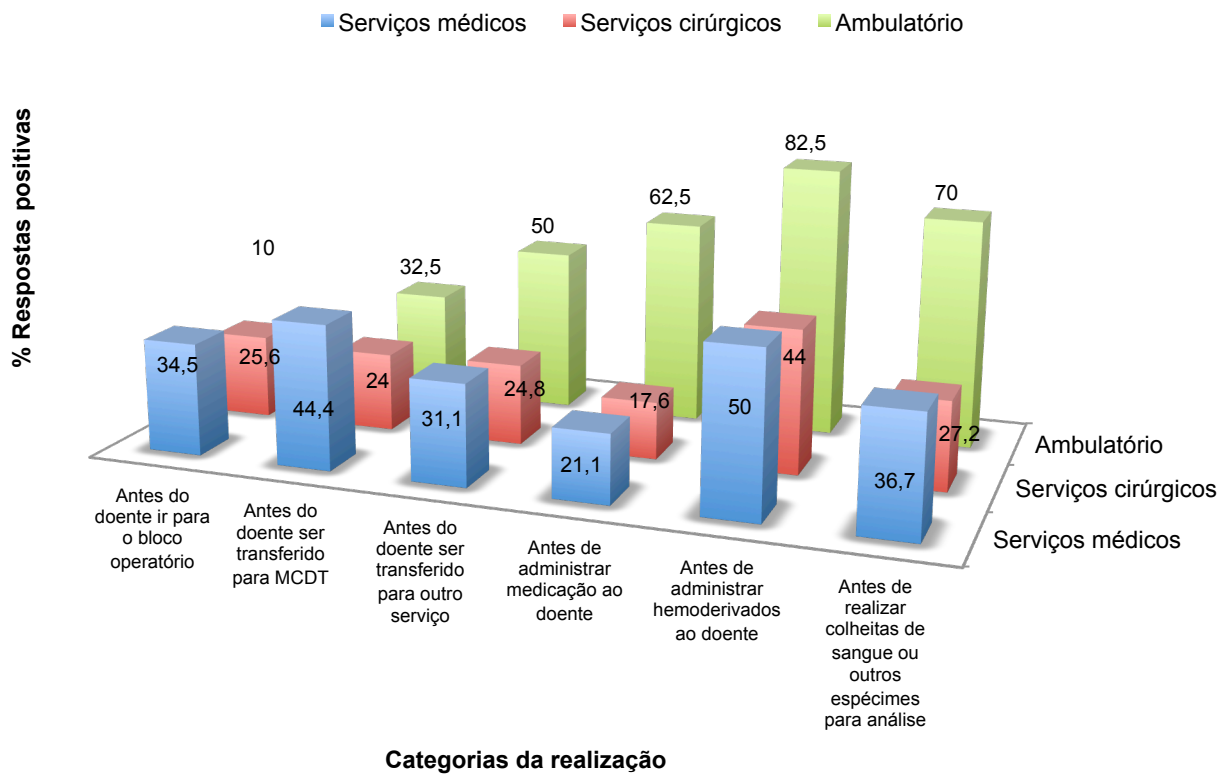


Gráfico 4.26 - Distribuição das respostas positivas nas categorias da realização da confirmação da identificação por tipo de serviço

Apresentam-se ainda os resultados estatísticos (teste de Tukey) por dimensão e serviço, (Quadro 4.1). Os dois grupos de serviços de internamento têm os resultados muito idênticos em todas as dimensões. Os serviços de ambulatório apresentam a maior amplitude de respostas.

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

	Serviços médicos	Serviços cirúrgicos	Ambulatório
Dimensão 1			
Mínimo	38,90	20,0	50,0
Máximo	94,40	100,0	100,0
Q1	55,5	68,0	100,0
Q2	75,0	84,0	100,0
Q3	88,9	96,0	100,0
Média	71,1	77,2	93,75
Desvio padrão	20,42	24,15	15,86
Dimensão 2			
Mínimo	0,0	4,0	12,5
Máximo	66,70	72,0	100,0
Q1	13,9	20,0	18,75
Q2	27,8	32,0	37,5
Q3	36,1	54,0	50,0
Média	27,78	36,57	41,07
Desvio padrão	23,13	24,81	30,37
Dimensão 3			
Mínimo	0,0	16,0	0,0
Máximo	94,40	100,0	100,0
Q1	55,5	60,0	37,5
Q2	77,7	82,0	68,75
Q3	88,9	92,0	100,0
Média	66,06	72,94	66,11
Desvio padrão	28,97	24,47	34,25
Dimensão 4			
Mínimo	5,60	4,0	0,0
Máximo	83,30	84,0	100,0
Q1	16,6	8,0	12,5
Q2	30,55	22,0	50,0
Q3	55,50	32,0	87,5
Média	36,28	27,2	51,25
Desvio padrão	24,48	23,35	36,16

Quadro 4.1 Apresentação dos resultados estatísticos por serviço

Nota: Quartis segundo o teste de Tukey

4.3.2. Descrição de resultados das variáveis formação profissional, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço

Realizou-se tratamento estatístico com SPSS, através do teste de Tukey, através do qual obtivemos quartis, médias e desvios padrão da amostra, por dimensão, em cada uma das variáveis. A opção de aglutinar os resultados de quatro variáveis, prende-se com o facto dos resultados serem muito idênticos.

O Quadro 4.2 apresenta os resultados estatísticos das variáveis formação profissional, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço, em cada uma das quatro dimensões. Para facilitar a leitura, realiza-se a análise por variável e apresenta-se o quadro no final.

As percentagens mais elevadas de respostas positivas em cada dimensão (78,1%, 36,4%, 76,2% e 37,5% conforme Quadro 4.2) são dadas pelos enfermeiros que têm a licenciatura como formação básica para exercer a profissão, com valores médios superiores aos outros grupos (pós graduação e mestrado), em todas as dimensões. À observação, os enfermeiros da amostra, demonstraram atuações idênticas.

Dividiu-se a amostra em duas classes etárias, com base no tratamento estatístico realizado. O grupo com menos de 33 anos de idade apresenta os resultados positivos mais elevados em duas das dimensões: Dimensão 2 “confirmação dos dados da pulseira” (35,9%) e dimensão 3 “conhecimento do procedimento colocação da pulseira de identificação” (69,3%), mas são os enfermeiros com mais de 33 anos que dão maior percentagem de respostas positivas à dimensão 4 “realização da confirmação da identificação do doente” (35,29%). À observação os enfermeiros da amostra demonstraram atuações idênticas.

Relativamente ao tempo de exercício profissional e, apesar das percentagens serem muito idênticas, na confirmação dos dados na pulseira de identificação e na dimensão “realização”, são os enfermeiros com menos de 9 anos de exercício profissional, que dão as respostas mais positivas (Quadro 4.2).

São ainda os enfermeiros com menos de seis anos de exercício no presente serviço, que apresentam as percentagens de resultados positivos mais elevados, em todas as dimensões (resultados por item no Quadro G – Apêndice XI). À observação, a atuação dos enfermeiros da amostra foi idêntica.

Um estudo sobre erros de medicação refere que a ocorrência de risco de erro na administração de medicação se reduz ao longo dos primeiros 6 anos de experiência profissional, depois disso não há benefício (Westbrook, Rob, Woods, & Parry, 2011). Estar perante situações novas que o enfermeiro não domina, deixa-o mais atento, seguindo todos os procedimentos, sem sentir que pode saltar etapas.

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

	Licenciatura	Pós graduação	Mestrado	Classe etária ≤ 33 anos	Classe etária > 33 anos	Tempo exper ≤ 9 anos	Tempo exper > 9 anos	Tempo serviço ≤ 6 anos	Tempo serviço > 6 anos
Dimensão 1									
Mínimo	41,90	28,60	33,30	37,9	37,90	34,60	44,0	46,20	32,0
Máximo	100,0	100,0	100,0	96,6	96,60	96,20	100,0	100,0	100,0
Q1	67,7	71,4	50,0	65,5	68,2	53,80	72,0	65,4	64,0
Q2	79,0	78,6	83,3	81,05	84,1	76,95	86,0	82,70	78,0
Q3	93,5	92,9	100,0	93,10	95,5	92,30	96,0	96,20	92,0
Média	78,06	77,15	76,65	77,25	78,19	73,85	81,60	80,79	74,40
Desvio padrão	18,30	20,97	27,45	19,26	19,16	21,76	16,56	17,19	20,84
Dimensão 2									
Mínimo	3,20	7,10	0,0	3,4	4,50	0,0	4,0	0,0	0,0
Máximo	77,40	71,40	66,70	69,0	81,80	76,90	72,0	76,90	72,0
Q1	21,0	10,7	0,0	24,1	9,05	23,05	16,0	21,15	12,0
Q2	41,9	35,7	16,7	41,4	22,7	38,50	28,0	46,2	28,0
Q3	45,2	50,0	41,65	44,8	47,75	44,25	46,0	59,60	34,0
Média	36,41	33,65	23,81	35,94	31,80	35,71	32,57	40,65	27,42
Desvio padrão	25,37	24,99	26,97	22,36	28,64	24,90	23,90	27,71	23,59
Dimensão 3									
Mínimo	22,60	0,0	0,0	13,80	9,10	15,40	12,0	19,20	8,0
Máximo	100,0	100,0	100,0	96,60	100,0	100,0	100,0	100,0	96,0
Q1	48,4	50,0	33,3	55,2	40,9	50,0	52,0	49,20	48,0
Q2	83,9	71,4	66,7	79,3	81,8	76,90	76,0	84,60	72,0
Q3	90,3	85,7	83,3	89,70	90,9	92,30	88,0	92,30	84,0
Média	72,92	65,98	59,63	69,33	68,18	69,34	69,57	72,86	66,0
Desvio padrão	25,39	22,55	28,63	25,58	27,60	26,54	25,47	26,46	24,93
Dimensão 4									
Mínimo	9,70	0,0	0,0	6,90	4,50	3,80	4,0	3,80	0,0
Máximo	90,30	92,90	66,70	82,80	90,90	80,80	92,0	84,60	88,0
Q1	19,4	7,1	16,7	13,8	13,6	15,40	12,0	19,20	12,0
Q2	32,3	14,3	33,3	22,4	27,25	30,80	24,0	32,70	20,0
Q3	54,8	35,7	50,0	48,3	50,0	50,0	36,0	57,70	50,0
Média	37,53	24,99	31,67	31,98	35,29	35,12	31,60	38,33	31,07
Desvio padrão	22,32	28,12	23,71	22,47	26,53	23,47	24,03	22,48	27,0

Quadro 4.2 - Apresentação dos resultados estatísticos das variáveis formação profissional, idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço por dimensão

Nota: Quartis segundo o teste de Tukey

Encontrados os resultados anteriores, em que os enfermeiros com menos tempo de experiência profissional e menos tempo no serviço deram respostas mais positivas, procedeu-se à análise de resultados com estas duas variáveis, tempo de experiência profissional e tempo no serviço, na dimensão realização do procedimento confirmação da identificação do doente. O grupo com nove ou menos anos de experiência profissional dá as respostas mais positivas em quase todos os momentos, à exceção do momento antes da administração de sangue e hemoderivados, onde o grupo com mais de nove anos de experiência profissional apresenta 1,3% de valor mais elevado. Compreende-se este dado porque, como já foi acima referido, a administração de sangue e derivados, implica seguir o procedimento que exige uma pulseira de identificação com código de barras, que obriga à sua confirmação.

São os enfermeiros com seis ou menos anos no serviço que apresentam os melhores valores de respostas positivas, em todos os momentos, exceto no momento transferência para outro serviço em que o outro grupo apresenta um valor mais elevado em 3,1% (Gráfico 4.27).

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

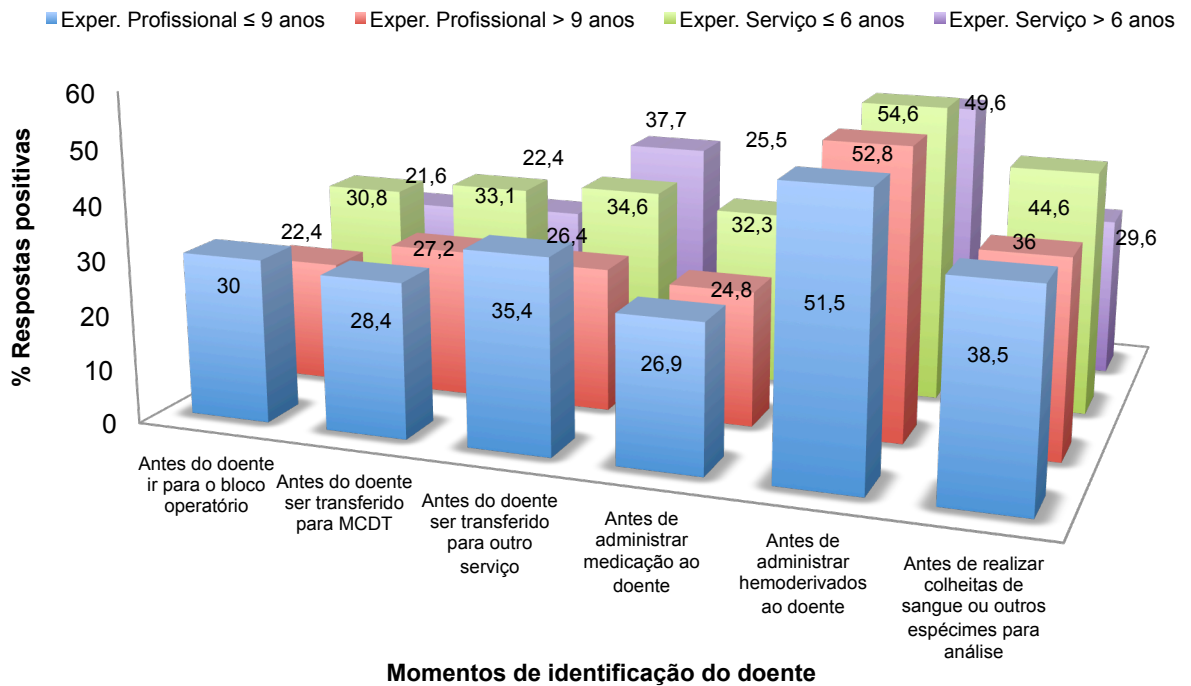


Gráfico 4.27 - Distribuição das respostas positivas nos momentos de identificação do doente por tempo de experiência profissional e por tempo de experiência no serviço

4.4. Destaque do capítulo apresentação, análise e discussão dos resultados

A amostra apresenta-se maioritariamente feminina (80%), licenciada (61%), sem formação específica no tema da identificação do doente (83,4%). Foi observada durante 100h, tendo sido quantificados 566 momentos de identificação do doente, nomeadamente antes da administração de medicação (51,8%) e das colheitas de sangue (24,9%). Os dados utilizados para confirmação da identificação do doente foram um nome/apelido e o número da cama. A pulseira de identificação foi utilizada maioritariamente, nos momentos das administrações de sangue, pois o sistema exige a leitura do código de barras.

Ao questionário, os enfermeiros responderam por dimensão, sem grandes discrepâncias, no entanto, foram os enfermeiros com menos de seis anos de experiência no serviço que apresentaram os valores percentuais mais elevados.

5. CONCLUSÃO

Resulta com evidência do nosso estudo a prioridade dada, nos nossos dias, à qualidade e segurança dos doentes, em contexto hospitalar. Estudos de profissionais e diretivas de organismos oficiais de saúde têm desenvolvido esforços no sentido de estabelecer a cultura de segurança do doente, implementando procedimentos e medidas a adotar pelos profissionais e instituições, tendentes a evitar erros e reduzir ao mínimo a ocorrência de eventos adversos. Constitui parte integrante, básica, dessas medidas a identificação inequívoca do doente.

Decorre deste estudo que a identificação inequívoca do doente é um passo essencial à sua segurança, que garante a prestação do cuidado certo ao doente certo, como é dever do profissional de saúde. Reafirma-se que esta identificação inequívoca do doente, não depende apenas da utilização instrumental de uma pulseira de identificação, mas requer a sua confirmação, com outros dois dados inequívocos (v.g. nome e data de nascimento do doente), sendo equívoco e até erróneo o recurso a um nome e ao número de cama. Assim como, em favor da eficácia, é necessário que a pulseira seja de cor branca, onde conste, impresso a preto, e devidamente confirmado, o nome completo, a data de nascimento e o número de processo único do utente.

Os serviços do hospital onde decorreu o estudo já incorporaram, nas suas rotinas, a colocação de pulseiras de identificação em todos os doentes internados.

Do estudo, localizado nesta unidade hospitalar, destaca-se, também, como elemento facilitador do culto da segurança do doente, que as equipas de enfermagem são fixas por serviço, ocorrendo esporadicamente o reforço das mesmas com elementos de outros serviços, para suprir necessidades pontuais. Este facto ajuda efetivamente à segurança do doente, ao contrário doutros modos de distribuição de trabalho dos enfermeiros.

A administração da medicação é uma das intervenções interdependentes da enfermagem; a prescrição é da competência do médico assistente, mas a conferência e administração é da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente. Nesta unidade hospitalar, cada enfermeiro tem, no seu turno de trabalho um grupo de doentes atribuídos, a quem presta todos os cuidados. Apesar do conhecimento que têm do seu grupo de doentes, a confirmação da identificação de cada um deles, antes de qualquer procedimento, nomeadamente da administração da medicação, é uma medida de segurança que não deve ser preterida, nunca pode ser violada. Casos há,

em que os doentes têm o mesmo nome e/ou apelidos, em que o doente se senta ao lado de uma cama que não é a sua e tantos outros fatores que podem facilitar a ocorrência de erros de identificação.

Da observação direta aos procedimentos levados a cabo pelos enfermeiros e das respostas aos questionários, adverte-se todavia, que as práticas são comuns a todos, independentemente dos anos de experiência profissional ou de experiência do serviço, embora os enfermeiros mais novos (com menos de nove anos de experiência profissional e menos de seis no serviço), sejam conceptualmente mais sensíveis à necessidade de percorrer os mecanismos de segurança.

Ressalta, ainda, com evidência que não há entre nós a cultura de notificar erros e eventos adversos. Este vazio de comunicação, não permite a avaliação dos danos na qualidade de vida do utente, nas famílias, na sociedade, nem permite quantificar os custos derivados dos eventuais erros e dos eventos adversos. Tão pouco permite desenvolver respostas adequadas aos eventuais problemas. Todavia, esta omissão não inibe, quando comparada com o que se passa noutros lugares onde existe a comunicação dos erros e eventos adversos, que se intuem as dimensões do problema.

Do estudo realizado, vem ao de cima a falta de auditorias que garantam a existência de procedimentos seguros e claros e que verifiquem em permanência a sua execução.

Apesar dos esforços já feitos na área da formação em qualidade e segurança, a observação que se fez e o questionário aplicado, permitem concluir que:

- a identificação do doente ainda se faz, geralmente, com recurso a um nome e ao número de cama, sem confirmação com os dados da pulseira;
- boa parte dos enfermeiros considera como identificação suficiente do doente um nome e o número de cama do doente, bastando tratar o doente pelo nome antes de iniciar o procedimento;
- ainda não é rotina, do enfermeiro, consultar a pulseira e perguntar ao doente o nome completo e data de nascimento antes de lhe prestar cuidados, desconsiderando um importante recurso de prevenção de eventos adversos.

Decorre, assim, deste trabalho que, existindo elementos de identificação, como a pulseira, nem sempre utilizados como medida de segurança, a necessidade de empenho dos profissionais de saúde e das instituições, na sua efetivação. Da organização espera-se a criação de condições e de instrumentos para que a

confirmação da identificação do doente seja facilitada e cumprida; dos profissionais espera-se que assegurem, por todas as formas possíveis, a correta identificação do doente (consulta da pulseira, questionando o doente em relação ao nome completo e data de nascimento). A omissão desta prática, em contexto de pressão dos serviços de urgência que obriga a sucessivas mudanças de doentes de quarto/cama, facilita a ocorrência de erros de identificação. A mudança de doente de quarto/cama implica a alteração de toda a logística: localização do doente para a farmácia, cozinha, serviço de gestão de doentes, substituição de identificação na cabeceira da cama, de entre outros.

A identificação inequívoca do doente, elemento essencial na cultura de segurança, para ser eficaz, requer a implementação de um conjunto de medidas estratégicas:

- investimento efetivo por parte das instituições de saúde, na formação dos profissionais nas áreas da Qualidade e Segurança dos Doentes;
- formação extensiva a todos profissionais, uma vez que os erros nos procedimentos podem ocorrer desde os mais simples (troca de uma refeição), aos mais invasivos (troca de medicação ou de intervenção cirúrgica);
- utilização de pulseira de identificação com sistema de código de barras. A experiência demonstrada pelas pulseiras da GRICODE®, para a administração de sangue, poderia dar segurança ao sistema de prevenção de erros por troca de identificação do doente, ainda que possam ser mais onerosas para os serviços de saúde;
- implementação de procedimentos de identificação inequívoca do doente;
- realização de auditorias internas regulares, sobre a existência dos procedimentos e a sua aplicação prática, para controlo da situação e implementação de medidas corretivas, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos adversos;
- realização de campanhas de sensibilização para os procedimentos de identificação inequívoca do doente, promovendo assim a sua participação ativa;
- considerar o cumprimento dos procedimentos de identificação inequívoca do doente, na avaliação de desempenho do enfermeiro.

Sugere-se, a partir deste trabalho, como oportuna para a segurança do doente, a realização de ulteriores estudos, envolvendo no questionário, para validação, outros

profissionais (médicos, técnicos de diagnóstico) e, a realização de um estudo específico, incidindo na observação da chegada ao bloco operatório, uma vez que foi identificado que alguns doentes não eram portadores de pulseira de identificação quando da saída do serviço.

Como proposta de melhoria, deve a instituição proceder à formação de todos os profissionais na temática e preparar auditores internos para a realização das auditorias propostas no despacho n.º 1400/2015.

Seguindo o exemplo da precursora dos cuidados de enfermagem, Florence Nightingale, compete-nos a nós na era das novas tecnologias fazer delas o melhor uso possível para bem do doente, mas também dos profissionais e das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. da C. F. de. (2012). O erro humano no contexto dos cuidados de enfermagem. In UICISA-E (Ed.), *Enfermagem de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 247–264). Coimbra. Retrieved from https://www.google.pt/?gfe_rd=cr&ei=FBGfWKHoCMOp8wenglrwDw&gws_rd=ssl-q=Enfermagem+de+Nightingale+aos+dias+de+hoje+100+anos
- Andaluzia, J. de. (2009). Procedimiento General de Identificación de Pacientes (Anexo 1). *Consejería de Salud*, (Anexo 1). Retrieved from http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). (2011). *National Safety and Quality Health Service Standards*. Retrieved from <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/09/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>
- Carneiro, A. V., Saturno, P., & Campos, L. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos cuidados e dos serviços. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Carvalho, L., Peniche, A., Carvalho, F., Silva, A., Moura, E., & Souza, I. (2014). Análise dos procedimentos realizados pela equipa de enfermagem na receção dos pacientes no centro cirúrgico. *Revista Interdisciplinar*, 7(4), 30–38. Retrieved from http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/536/pdf_156
- Cunha, G., Martins, M. do R., Sousa, R., & Oliveira, F. F. (2007). *Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde*. (Lidel, Ed.). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde de Portugal. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Relatório técnico final 142 (2011). Retrieved from <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, 1–3. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx?cachecontrol=1486819007844>
- Donaldson, M. S., Kohn, L. T., & Corrigan, J. M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System. Proceedings of the First Workshop on* Retrieved from <http://roc.cs.berkeley.edu/talks/pdf/easy01.pdf>
- Fassarella, C., Bueno, A., & Souza, E. (2012). Patient Safety in Hospital Environmen: The Advances in Prevention of Adverse Events in the System of Medication. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 2–9. Retrieved from <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/1897/907>

- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina*. (Almedina, Ed.) (4^a Edição). Coimbra.
- Franciscatto, L., Bessow, C. K., Ruzczyk, J. V. de A., Amaral de Oliveira, M., & Kluck, M. M. (2011). Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. *Revista HCPA*, 31(4), 482–486. Retrieved from <http://seer.ufrgs.br/hcpa>
- Grifolds. (2016). Hemotherapy. Retrieved from <https://www.grifols.com/en/web/international/about-grifols/hemotherapy-bioscience>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. (Silabo, Ed.) (2^a Edição). Lisboa.
- Hoffmeister, L. V., & Moura, G. M. S. S. De. (2015). Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 36–43. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
- International Council of Nurses. (2006). *Safe staffing saves lives - Information and Action Tool Kit*. (ICN, Ed.) (1^a edição). Geneva. Retrieved from http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf
- Machado, N. D. J. B. (2013). *Gestão Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem - Um Modelo De Melhoria Contínua Baseado Na Reflexão-Ação*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n^o 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), *Decreto-Le*, 2959–2962.
- Ministério da Saúde, P. Dec. Lei n. 233/2005 de 29 de dezembro (2005).
- Ministério da Saúde, P. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2012. *Diário Da República*, (4), 4–9.
- National Patient Safety Agency (NSPA). (2005). Safer practice notice: Wristbands for hospital inpatients improves safety. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60032>
- Neves, L. A. D. C., & Melgaço, R. M. T. (2011). A identificação do paciente como indicador de qualidade. *Revista Acreditação*, 88–100. Retrieved from <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/17-736-1-PB.pdf>
- Oliveira, J. B. (2013). *O Erro Médico nas Instituições Públicas de Saúde*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16792/1/Disserta%20o%20Belchior%20Monteiro.pdf>

-
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf/nhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padrões+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem> -
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem Tomada de Posição, 1–4. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar*, 24. <http://doi.org/Divulgar>
- Patient Safety Observatory. (2007). Safety in doses: medication safety incidents in the NHS, 9–12. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59822>
- Porto, K. L. (2014). A segurança do paciente na utilização do checklist Patient safety in the use of the checklist. *Enfermagem Revista*, 17(2), 103–115. Retrieved from <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/8336/7195>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *The Western Journal of Medicine*, 172(6), 393–6. <http://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Reis, F. L. (2010). *Como elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. (Pactor, Ed.). Lisboa.
- Reis, T. C., Martins, M., & Languardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18, 2029–2036. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
- Rockville, W., Sorra, J., Famolaro, T., Yout, N. D., Smith, S., Burns, W., ... Haider, J. (2014). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Home Healthc Nurse* (Vol. 32). Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftp&NEWS=N&AN=00004045-201407000-00001>
- Rockville, W., Sorra, J., Gray, Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2008). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), 15(15). Retrieved from <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2008/2008-hospital-survey.pdf>
- Runciman WB, JAH, W., A, D., KA, B., K, B., & PD., H. (2006). An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. *Quality & Safety in Health Care*, 82–90. Retrieved from <http://www.apsf.net.au/>

- Silva, L. D. da, & Camerini, F. G. (2012). Análise da Administração de Medicamentos Intravenosos em Hospital da Rede Sentinela. *Texto E Contexto Enfermagem*, 21(3), 633–641. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300019>
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Investigação, Dissertação, Teses e Relatório*. (Lidel, Ed.) (1ª ed). Lisboa.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do Doente*. (Escola Nacional de Saúde Pública, Ed.) (Universida). Lisboa.
- Souza, F. T. De, Garcia, M. C., Rangel, P. P. D. S., & Rocha, P. K. (2014). Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 4(1), 152–162. <http://doi.org/10.5902/217976928781>
- Suñol, R., Vallejo, P., Groene, O., Escaramis, G., Thompson, a, Kutryba, B., & Garel, P. (2009). Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Quality & Safety in Health Care*. <http://doi.org/10.1136/qshc.2008.029413>
- Westbrook, J. I., Rob, M. I., Woods, a., & Parry, D. (2011). Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ Quality & Safety*, 20(12), 1027–1034. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000089>
- WHO. (2007). Patient Safety Solutions Preamble - May 2007. *Communication*, (May). Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- WHO. (2011). Patient identification policy, 1(May), 1–26. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>
- WHO GUIDELINE. (2007). High 5s Project Action on Patient Safety. *World Health Organisation*. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>


ANEXOS

ANEXO I


Guia de Observação da OMS para a higienização das mãos


Ânxos

1. Formulário de Observação



WORLD ALLIANCE
FOR PATIENT SAFETY





FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador Data (dd.mm.aaaa) : Hora de início/fim (hh:mm) : / : Duração da sessão (mm) :			Período Nº. : Sessão Nº. : Formulár. Nº. :		Serviço/Departamento : Enfermaria :
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

Anexo 6 FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO 1

ANEXO II

Pedido de autorização para realização do estudo

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar



ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA



UAlg ESS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Maria Fátima Sequeira Almeida
Rua Heróis do Ultramar, 91 – Sassoeiros 2775-774 Carcavelos
Tm – 917385242

DSE
autorizado

CHLO, EPE - H. E. M.
Enf Supervisora
Isabel Gaspar

Exma. Sra. Enfermeira Isabel Gaspar

Hospital de Egas Moniz

Maria Fátima Sequeira Almeida, a frequentar o Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde 2014-2015, na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTeSL), interessada na promoção da cultura da Segurança do Doente, por ser um componente crítico da gestão da qualidade de cuidados e uma das principais preocupações das Organizações de Saúde em todo o mundo e sabendo que a Identificação Inequívoca do Doente em contexto hospitalar é um dos itens de grande importância para a prevenção de eventos adversos, pretendo estudar esta realidade na instituição.

Neste contexto encontro-me a desenvolver a tese, com o título "Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar" sendo Orientadora a Professora Doutora Margarida Eiras, da ESTeSL.

O objectivo geral deste trabalho é estudar o processo de identificação inequívoca do doente, por parte dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Assim vem por este meio solicitar a Vossa Excelência que seja concedida autorização para realizar observação do procedimento "Identificação do Doente" e que possa aplicar o questionário (em anexo) nesta Unidade Hospitalar.

O questionário será aplicado aos enfermeiros que uma vez selecionados para a amostra, aceitem ser observados quanto ao procedimento "Identificação do Doente."

Comprometo-me ao sigilo de dados e a divulgar os resultados da pesquisa em forma de formação, caso assim o entenda.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada, sempre ao dispor

Lisboa, 27 de outubro de 2015

Com os melhores Cumprimentos,

A requerente

Maria de Fátima Sequeira Almeida

APÊNDICES

Apêndice I

Quadro A – Variáveis do estudo

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Quadro A - Variáveis do estudo

Denominação da variável	Tipo de variável	Escala de medida
<ul style="list-style-type: none"> • Género (Feminino, Masculino) • Tipo de serviço (Médico, Cirúrgico, Ambulatório) • Formação em segurança do doente (Sim, Não) • Formação em Identificação do doente (Sim, Não) 	Qualitativa	Nominal
Perguntas abertas: <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Tempo de exercício profissional • Tempo de exercício no serviço 	Quantitativa	Razão
<ul style="list-style-type: none"> • Formação profissional (Licenciatura, Pós licenciatura, Mestrado, Doutoramento) • Confirmação da identificação do doente: (E1; E3R; E21; E22; E23; E24; E26; E27; E55; E56) • Confirmação dos dados do doente na pulseira de identificação: (E2.1; E2.2R; E2.3R; E 2.4; E19; E20; E45R) • Conhecimento do procedimento de identificação do doente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conhecimento do procedimento de colocação da pulseira de identificação (E4; E5; E7; E8R; E17; E18; E25; E39; E41; E42; E46; E47; E51; E52) ○ Conhecimento das situações em que se deve utilizar a pulseira de identificação (E34.1; E34.2; E34.3; E34.4; E34.5) ○ Conhecimento dos dados a serem colocados na pulseira de identificação (E28.1; E28.2; E28.3R E28.4; E35; E37.1; E37.2; E43; E44) ○ Conhecimento do objetivo do uso da pulseira de identificação (E29; E30; E31R; E33) ○ Conhecimento do procedimento caso o doente recuse a colocação da pulseira de identificação (E6; E9; E16R; E36 ;E49; E53) • Realização da confirmação da identificação do doente <ul style="list-style-type: none"> ○ Confirmação da identificação do doente antes deste ir para o bloco operatório (E10.1; E10.2R; E10.3; E10.4R; E54R) ○ Confirmação da identificação do doente antes deste ir para MCDT (E11.1; E11.2R; E11.3; E11.4R; E40R) ○ Confirmação da identificação do doente antes deste ser transferido para outro serviço (E12.1; E12.2R; E12.3; E12.4R; E50R) ○ Confirmação da identificação do doente antes de lhe administrar medicação (E13.1; E13.2R; E13.3; E13.4R; E32R) ○ Confirmação da identificação do doente antes de lhe administrar sangue ou hemoderivados (E14.1; E14.2R; E14.3; E14.4R; E38R) ○ Confirmação da identificação do doente antes de lhe colher sangue ou outros espécimes para análise (E15.1; E15.2R; E15.3; E15.4R; E48R) 	Qualitativa	Ordinal

Apêndice II

Guião de observação da identificação do doente

Apêndice III

Questionário sujeito a pré-teste



Caro colega:

Chamo-me Maria de Fátima Sequeira de Almeida, sou Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE, a exercer funções na UCIC do Hospital de Egas Moniz, e encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Neste contexto, solicito a sua preciosa colaboração no sentido de preencher o presente questionário.

Trata-se de um questionário bastante simples, cujo preenchimento é rápido e fácil, o qual se integra num projeto de investigação sobre a temática da identificação do doente em contexto hospitalar.

É importante que responda a todas as questões, registando assim o que realmente pensa e faz, não aquilo que, como Enfermeiro(a), acha que é “profissionalmente” correto.

A meta fundamental não é saber o que realmente pensa mas sim, de forma absolutamente confidencial, conhecer como realiza a confirmação da identificação do doente antes de lhe prestar cuidados.

Obrigada pela sua colaboração!

Questionário

Primeira parte

Caraterização da Amostra

1. Idade _____
2. Género F M
3. Tempo de Exercício Profissional _____ Anos
4. Tipo de Serviço em que presta cuidados:
 - Unidade do Foro Médico
 - Unidade do Foro Cirúrgico
 - Consulta Externa/ Hospital de Dia
5. Tempo de Exercício no Atual Serviço _____ Anos
6. Formação Profissional:
 - Licenciatura
 - Pós Licenciatura em _____
 - Mestrado
 - Doutoramento
7. Alguma vez participou em formação sobre Segurança do Doente?
Sim Não
- 7.1. Se respondeu sim, nessa formação foi abordado o tema da Identificação Inequívoca do Doente?
Sim Não

Segunda parte

Em seguida encontra algumas frases relativas à forma como no seu exercício profissional realiza a identificação do doente em contexto hospitalar. Para cada uma delas indique, por favor o seu **grau de realização**, utilizando a seguinte escala:

<i>Nunca</i>	1
<i>Raramente</i>	2
<i>Algumas vezes</i>	3
<i>Quase sempre</i>	4
<i>Sempre</i>	5

Coloque um círculo à volta do algarismo que melhor representa o seu grau de realização

N.	Proposições	1	2	3	4	5
1	Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados					

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

2	Confirmo os dados da pulseira de identificação:					
2.1	Perguntando o nome ao doente	1	2	3	4	5
2.2	Tratando-o pelo primeiro nome	1	2	3	4	5
2.3	Tratando-o pelo apelido	1	2	3	4	5
2.4	Perguntando o nome completo e a data de nascimento ao doente	1	2	3	4	5
3	Confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação	1	2	3	4	5
4	Quando a pulseira de identificação está deteriorada substituo-a	1	2	3	4	5
5	Quando encontro um doente sem pulseira de identificação coloco-a antes de prestar cuidados	1	2	3	4	5
6	Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação explico-lhe as razões pelas quais é importante a sua colocação	1	2	3	4	5
7	Coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante	1	2	3	4	5
8	Coloco a pulseira de identificação no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente	1	2	3	4	5
9	Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação respeito a sua vontade	1	2	3	4	5
10	Ao doente que vai ao bloco confirmo a sua identidade através de:					
10.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
10.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
10.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
10.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
11	Ao doente que vai realizar exames complementares de diagnóstico confirmo a sua identidade através de:					
11.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
11.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
11.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
11.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
12	Ao doente que vai ser transferido de serviço confirmo a sua identidade através de:					
12.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
12.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
12.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
12.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
13	Antes de administrar medicação ao doente confirmo a sua identidade através de:					
13.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
13.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
13.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
13.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
14	Antes de administrar sangue ou derivados ao doente confirmo a sua identidade através de:					
14.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
14.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
14.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
14.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
15	Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise ao doente confirmo a sua identidade através de:					
15.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
15.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
15.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
15.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
16	Coloco pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles	1	2	3	4	5
17	Coloco pulseira de identificação ao doente confuso	1	2	3	4	5
18	Coloco pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	1	2	3	4	5

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

19	Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
20	Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
21	Confirmo que os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contêm os dados de identificação definidos institucionalmente	1	2	3	4	5
22	Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados inequívocos definidos para a pulseira	1	2	3	4	5
23	Asseguro-me que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação de cuidados e nos vários locais de registo	1	2	3	4	5

Terceira parte

Em seguida encontra algumas frases relativas ao tema “Identificação do doente em contexto hospitalar”. Para cada uma delas indique, por favor, o seu **grau de concordância**, utilizando a seguinte escala:

<i>Discordo totalmente</i>	1
<i>Discordo</i>	2
<i>Não concordo nem discordo</i>	3
<i>Concordo</i>	4
<i>Concordo totalmente</i>	5

Coloque um círculo à volta do algarismo que melhor representa a sua concordância

N.	Proposições					
24	Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	1	2	3	4	5
25	A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira	1	2	3	4	5
26	É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa	1	2	3	4	5
27	Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação	1	2	3	4	5
28	Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:					
28.1	O primeiro e último nome	1	2	3	4	5
28.2	A data de nascimento	1	2	3	4	5
28.3	O número da cama/quarto	1	2	3	4	5
28.4	O número único de processo clínico na instituição	1	2	3	4	5
29	O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança. Este facto deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração	1	2	3	4	5
30	O uso de uma pulseira de identificação não permite o abandono da identificação verbal	1	2	3	4	5
31	A identificação na cabeceira da cama não dispensa a confirmação da pulseira	1	2	3	4	5
32	A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	1	2	3	4	5

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

33	A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em:					
33.1	Internamento hospitalar e internamento em unidade de cuidados continuados de longa duração	1	2	3	4	5
33.2	Hospital de dia	1	2	3	4	5
33.3	Atendimento em urgências	1	2	3	4	5
33.4	Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	1	2	3	4	5
33.5	Cirurgia de ambulatório	1	2	3	4	5
34	O uso de pulseira de identificação no internamento crónico em psiquiatria é dispensável	1	2	3	4	5
35	Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente: o nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano, número único de processo clínico da instituição (99.999.999)	1	2	3	4	5
36	O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	1	2	3	4	5
37	Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação será colocado na sua pulseira:					
37.1	Nome: Desconhecido;	1	2	3	4	5
37.2	Número de episódio único provisório	1	2	3	4	5
38	A pulseira será retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	1	2	3	4	5
39	A pulseira será inutilizada por corte e destruída	1	2	3	4	5
40	Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	1	2	3	4	5
41	Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	1	2	3	4	5
42	As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	1	2	3	4	5
43	As pulseiras devem ser de tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável	1	2	3	4	5
44	A pulseira será colocada no pulso do braço dominante do doente.	1	2	3	4	5
45	Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	1	2	3	4	5
46	O doente é obrigado a usar a pulseira	1	2	3	4	5
47	Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas.	1	2	3	4	5
48	As medidas alternativas à pulseira podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente	1	2	3	4	5
49	Devem ser seguidos os seguintes princípios na identificação dos doentes:					
49.1	Confirme a identidade do doente antes de realizar cada ato	1	2	3	4	5
49.2	Se não for possível determinar com segurança a identificação do doente não realize o ato	1	2	3	4	5
49.3	Utilize sempre mais do que um dado de identificação inequívoca. Recorra sempre a dois dados fidedignos e nunca só a um	1	2	3	4	5
49.4	Não assumo que dar o nome ao doente para ele confirmar a sua identificação é garantia que o doente é, de facto, quem confirma ser	1	2	3	4	5
49.5	Um doente pode responder afirmativamente por ansiedade, por limitação auditiva, por confusão	1	2	3	4	5
49.6	Pergunte qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se.	1	2	3	4	5
49.7	Não assumo que o doente que está numa cama é o doente certo.	1	2	3	4	5
49.8	Confira os dados do doente com os da pulseira antes de a colocar,					

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

	mesmo que conheça bem o doente	1	2	3	4	5
49.9	É importante verificar que os dados estão corretamente inscritos na pulseira	1	2	3	4	5
49.10	Verifique a legibilidade da pulseira com frequência. Substitua a pulseira antes que se torne ilegível	1	2	3	4	5
50	O doente tem o direito de recusar a utilização da pulseira	1	2	3	4	5
51	É dever e obrigação do profissional informar o doente do risco que corre, quando este recusa a pulseira.	1	2	3	4	5
52	Pode dispensar-se o uso de pulseira no internamento crónico de psiquiatria	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice IV

Quadro B – Reformulação das questões após pré-teste

Quadro B – Reformulação das questões após o pré-teste

Questionário do pré teste	Questionário definitivo
Item nº 34	Retirado
Item nº 43	Retirado
Item nº 46	Reformulado. Passa a item nº 49
Item nº 49.1	A reformulação deu origem aos itens nº 32, 38, 40, 45, 48. 50 e 54
Item nº 49.2	Retirado
Item nº 49.3	Retirado
Item nº 49.4	Retirado
Item nº 49.7	Retirado
Item nº 49.8	Retirado
Item nº 49.9	Retirado
Item nº 49.10	Retirado
Item nº 50	Retirado
Item nº 51	Retirado
Item nº 52	Retirado

Apêndice V

Questionário definitivo



Caro colega:

Chamo-me Maria de Fátima Sequeira de Almeida, sou Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE, a exercer funções na UCIC do Hospital de Egas Moniz, e encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Neste contexto, solicito a sua preciosa colaboração no sentido de preencher o presente questionário.

Trata-se de um questionário bastante simples, cujo preenchimento é rápido e fácil, o qual se integra num projeto de investigação sobre a temática da identificação do doente em contexto hospitalar.

É importante que responda a todas as questões, registando assim o que realmente pensa e faz, não aquilo que, como Enfermeiro(a), acha que é “profissionalmente” correto.

A meta fundamental não é saber o que realmente pensa mas sim, de forma absolutamente confidencial, conhecer como realiza a confirmação da identificação do doente antes de lhe prestar cuidados.

Obrigada pela sua colaboração!

Questionário

Primeira parte

Caraterização da Amostra

1. Idade (em anos)			
2. Género:			
	Feminino		Masculino
3. Tempo de experiência profissional (em anos)			
4. Tipo de Serviço em que presta cuidados:			
4.1. Unidade do Foro Médico			
4.2. Unidade do Foro Cirúrgico			
4.3. Consulta Externa/ Hospital de Dia			
5. Tempo de experiência no atual serviço (em anos)			
6. Formação Profissional (assinale a formação mais atual):			
6.1. licenciatura			
6.2. pós-licenciatura em...			
6.3. mestrado			
6.4. doutoramento			
7. Alguma vez participou em formação sobre Segurança do Doente?			
Sim			
Não			
7.1. Se respondeu sim, nessa formação foi abordado o tema da Identificação Inequívoca do Doente?			
Sim			
Não			

Segunda parte

Em seguida encontra algumas frases relativas à forma como no seu exercício profissional realiza a identificação do doente em contexto hospitalar. Para cada uma delas indique, por favor o seu **grau de realização**, utilizando a seguinte escala:

<i>Nunca</i>	1
<i>Raramente</i>	2
<i>Algumas vezes</i>	3
<i>Quase sempre</i>	4
<i>Sempre</i>	5

Coloque um círculo à volta do algarismo que melhor representa o seu grau de realização, respondendo a todas as alíneas

N.	Proposições	1	2	3	4	5
1	Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados					
2	Confirmo os dados da pulseira de identificação:					
2.1	Perguntando o nome ao doente	1	2	3	4	5
2.2	Tratando-o pelo primeiro nome	1	2	3	4	5
2.3	Tratando-o pelo apelido	1	2	3	4	5
2.4	Perguntando o nome completo e a data de nascimento ao doente	1	2	3	4	5

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

3	Confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação	1	2	3	4	5
4	Quando a pulseira de identificação está deteriorada substituo-a	1	2	3	4	5
5	Quando encontro um doente sem pulseira de identificação coloco-a antes de prestar cuidados	1	2	3	4	5
6	Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação explico-lhe as razões pelas quais é importante a sua colocação	1	2	3	4	5
7	Coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante	1	2	3	4	5
8	Coloco a pulseira de identificação no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente	1	2	3	4	5
9	Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação respeito a sua vontade	1	2	3	4	5
10	Ao doente que vai ao bloco confirmo a sua identidade através de:					
10.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
10.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
10.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
10.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
11	Ao doente que vai realizar exames complementares de diagnóstico confirmo a sua identidade através de:					
11.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
11.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
11.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
11.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
12	Ao doente que vai ser transferido de serviço confirmo a sua identidade através de:					
12.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
12.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
12.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
12.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
13	Antes de administrar medicação ao doente confirmo a sua identidade através de:					
13.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
13.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
13.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
13.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
14	Antes de administrar sangue ou derivados ao doente confirmo a sua identidade através de:					
14.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
14.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
14.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
14.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
15	Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise ao doente confirmo a sua identidade através de:					
15.1	Dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
15.2	Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	1	2	3	4	5
15.3	Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	1	2	3	4	5
15.4	Através do número da cama	1	2	3	4	5
16	Coloco pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles	1	2	3	4	5
17	Coloco pulseira de identificação ao doente confuso	1	2	3	4	5
18	Coloco pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	1	2	3	4	5
19	Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
20	Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
21	Confirmo que os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contêm os dados de identificação definidos institucionalmente	1	2	3	4	5
22	Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados inequívocos definidos para a pulseira	1	2	3	4	5
23	Asseguro-me que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação de cuidados e nos vários locais de registo	1	2	3	4	5

Terceira parte

Em seguida encontra algumas frases relativas ao tema “Identificação do doente em contexto hospitalar”. Para cada uma delas indique, por favor, o seu **grau de concordância**, utilizando a seguinte escala:

<i>Discordo totalmente</i>	1
<i>Discordo</i>	2
<i>Não concordo nem discordo</i>	3
<i>Concordo</i>	4
<i>Concordo totalmente</i>	5

Coloque um círculo à volta do algarismo que melhor representa a sua concordância, respondendo a todas as alíneas

N.	Proposições					
24	Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	1	2	3	4	5
25	A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira	1	2	3	4	5
26	É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa	1	2	3	4	5
27	Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação	1	2	3	4	5
28	Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:					
28.1	O nome completo do doente	1	2	3	4	5
28.2	A data de nascimento	1	2	3	4	5
28.3	O número da cama/quarto	1	2	3	4	5
28.4	O número único de processo clínico na instituição	1	2	3	4	5
29	O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança. Este facto deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração	1	2	3	4	5
30	O uso de uma pulseira de identificação não permite o abandono da identificação verbal	1	2	3	4	5
31	A identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira	1	2	3	4	5
32	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar medicação	1	2	3	4	5
33	A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	1	2	3	4	5
34	A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em:					
34.1	Internamento hospitalar	1	2	3	4	5
34.2	Hospital de dia	1	2	3	4	5
34.3	Atendimento em urgências	1	2	3	4	5
34.4	Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	1	2	3	4	5
34.5	Cirurgia de ambulatório	1	2	3	4	5
35	Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente: o nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano, número único de processo clínico da instituição (99.999.999)	1	2	3	4	5
36	O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	1	2	3	4	5
37	Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação será colocado na sua pulseira:					
37.1	Nome: Desconhecido	1	2	3	4	5
37.2	Número de episódio único provisório	1	2	3	4	5
38	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar sangue ou derivados	1	2	3	4	5
39	A pulseira deve ser retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	1	2	3	4	5
40	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para exames complementares de diagnóstico	1	2	3	4	5

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

41	A pulseira deve ser inutilizada por corte e destruída	1	2	3	4	5
42	Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	1	2	3	4	5
43	Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	1	2	3	4	5
44	As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	1	2	3	4	5
45	O doente que já conheço bem, ao ser readmitido no serviço, não preciso efetuar confirmação dos dados na pulseira de identificação	1	2	3	4	5
46	A pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente	1	2	3	4	5
47	Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	1	2	3	4	5
48	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou colher sangue ou outros espécimes para análise	1	2	3	4	5
49	No serviço onde exerço funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira	1	2	3	4	5
50	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para outro serviço	1	2	3	4	5
51	Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas	1	2	3	4	5
52	As medidas alternativas à pulseira podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente	1	2	3	4	5
53	No serviço onde exerço funções o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação	1	2	3	4	5
54	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para o bloco operatório	1	2	3	4	5
55	Um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão	1	2	3	4	5
56	Pergunto qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VI

Quadro C – Dimensões e sub-dimensões em estudo no questionário

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Quadro C - Dimensões e sub-dimensões em estudo no questionário

Nota: R (reverse – tratamento estatístico inverso)

Dimensão/Sub-dimensão	N. da Pergunta no Questionário
1. Confirmação da identidade do doente antes dos procedimentos	1; 3R; 21; 22; 23; 24; 26; 27; 55; 56
2. Confirmação dos dados do doente na pulseira de identificação do doente	2.1; 2.2R; 2.3R; 2.4; 19; 20; 45R
3. Conhecimento do procedimento de identificação do doente:	
3.1 Conhecimento do procedimento de colocação da pulseira de identificação	4; 5; 7; 8R; 17; 18; 25; 39; 41; 42; 46; 47; 51; 52;
3.2 Conhecimento das situações em que se deve utilizar a pulseira de identificação	34.1; 34.2; 34.3; 34.4; 34.5
3.3 Conhecimento dos dados a serem colocados na pulseira de identificação	28.1; 28.2; 28.3R; 28.4; 35; 37.1; 37.2; 43; 44
3.4 Conhecimento do objetivo do uso da pulseira de identificação	29; 30, 31R; 33
3.5 Conhecimento do procedimento caso o doente recuse a colocação da pulseira de identificação	6; 9; 16R; 36; 49; 53
4. Realização da confirmação da identificação do doente:	
4.1 Confirmação da identificação do doente antes deste ir para o bloco operatório	10.1; 10.2R; 10.3; 10.4R; 54R
4.2 Confirmação da identificação do doente antes deste ir para exames complementares de diagnóstico	11.1; 11.2R; 11.3; 11.4R; 40R
4.3 Confirmação da identificação do doente antes deste ser transferido para outro serviço	12.1; 12.2R; 12.3; 12.4R; 50R
4.4 Confirmação da identificação do doente antes de lhe administrar medicação	13.1; 13.2R; 13.3; 13.4R; 32R
4.5 Confirmação da identificação do doente antes de lhe administrar sangue ou hemoderivados	14.1; 14.2R; 14.3; 14.4R; 38R
4.6 Confirmação da identificação do doente antes de lhe colher sangue ou outros espécimes para análise	15.1; 15.2R; 15.3; 15.4R; 48R

Apêndice VII

Consentimento informado



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola Superior das Tecnologias de Saúde de Lisboa

Estou a desenvolver uma tese de mestrado em Gestão e Avaliação das Tecnologias em Saúde, intitulada “Identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar”, sob a orientação da Prof. Doutora Margarida Eiras.

O estudo tem como objetivo geral estudar o processo de identificação inequívoca do doente por parte dos enfermeiros num hospital central.

Para tal, peço a sua autorização para observar os seus procedimentos na prestação de cuidados, nomeadamente nos momentos de preparação e administração de terapêutica, transferência do doente para exames, bloco operatório e outros momentos em que realiza a identificação do doente para a prestação de cuidados.

Após a observação peço-lhe que responda a um questionário perfeitamente anónimo, na realidade nem o serviço é identificado.

Como benefícios do estudo temos a expectativa de que os resultados possam contribuir para subsidiar processos de cuidado e auxiliar na conscientização de uma cultura de segurança do doente. Consideramos que o estudo não apresenta qualquer risco nem para o profissional, nem para o doente, uma vez que não é ele o nosso objeto de estudo.

Diante do exposto convido-o a participar no estudo.

Após a leitura das informações acima, declaro que fui esclarecido (a) quanto aos objetivos, riscos e benefícios do estudo e da possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e concordo em participar neste estudo.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome da Pesquisadora: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: ___/___/___

Este termo é elaborado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

Apêndice VIII

Quadro D – Resultados do guião de observação

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Quadro D - Resultados do guia de observação

	Pulseira	Pulseira e 1 ID	1 ID	1 ID e n.º cama	2 ID	N.º cama	Não confere	Total	Moda
Antes transferir Bloco	0	4	0	21	0	1	0	26	1 ID e n.º cama
Antes transferir MCDT	0	15	5	58	0	1	0	79	1 ID e n.º cama
Antes transferir outro serviço	0	0	0	7	0	0	0	7	1 ID e n.º cama
Antes medicação	1	23	88	178	0	3	0	293	1 ID e n.º cama
Antes hemoderivados	0	19	0	1	0	0	0	20	Pulseira e 1 ID
Antes colheita sangue e outros	0	4	22	115	0	0	0	141	1 ID e n.º cama
Total	1 (0,2%)	65 (11,5%)	115 (20,3%)	380 (67,1%)	0 (0%)	5 (0,9%)	0 (0%)	566 (100%)	

Apêndice IX

Quadro E – Percentagem de respostas dos enfermeiros por dimensão

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Quadro E - Percentagem de respostas dos enfermeiros por dimensão

Dimensão/Sub dimensão		Resposta positiva %	Resposta neutra %	Resposta Negativa %
1.	Confirma identificação do doente (Média)	77,7	14,7	7,6
	E1- Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados	96,1	3,9	0,0
	E3R- Confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação	39,2	31,4	29,4
	E21- Confirmando que os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contêm os dados de identificação definidos institucionalmente	64,7	21,6	13,7
	E22- Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados inequívocos definidos para a pulseira	60,8	21,6	17,6
	E23- Asseguro-me que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação de cuidados e nos vários locais de registo	78,4	15,7	5,9
	E24- Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	96,1	3,9	0,0
	E26- É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa	96,1	3,9	0,0
	E27- Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação	82,4	11,8	5,8
	E55- Um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão	72,5	25,5	2,0
	E56- Pergunto qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se	90,2	7,8	2,0
2.	Confirmação dos dados na pulseira de identificação (Média)	34,2	23,2	42,6
	E2.1- Perguntando o nome ao doente	41,2	39,2	19,6
	E2.2R- Tratando-o pelo primeiro nome	3,9	19,6	76,5
	E2.3R- Tratando-o pelo apelido	29,4	25,5	45,1
	E2.4- Perguntando o nome completo e a data de nascimento ao doente	7,8	21,6	70,6
	E19- Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	47,1	23,5	29,4
	E20- Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	35,3	21,6	43,1
	E45R- O doente que já conheço bem, ao ser readmitido no serviço, não preciso efetuar confirmação dos dados na pulseira de identificação	74,5	11,8	13,7
3.	Conhecimento do procedimento de identificação do doente (Média)	69,5	17,1	13,4
3.1	Colocação da pulseira de identificação (Média)	62,6	21,0	16,4
	E4- Quando a pulseira de identificação está deteriorada substituo-a	47,1	33,3	19,6
	E5- Quando encontro um doente sem pulseira de identificação coloco-a antes de prestar cuidados	23,5	41,2	35,3
	E7- Coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante	17,6	54,9	27,5
	E8R- Coloco a pulseira de identificação no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente	13,7	15,7	70,6
	E17- Coloco pulseira de identificação ao doente confuso	86,3	5,9	7,8
	E18- Coloco pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	80,4	11,8	7,8
	E25- A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira	92,2	7,8	0,0
	E39- A pulseira deve ser retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	82,3	11,8	5,9
	E41- A pulseira deve ser inutilizada por corte e destruída	86,2	11,8	2,0
	E42- Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	80,4	11,8	7,8
	E46- A pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente	21,6	58,8	19,6
	E47- Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	96,1	3,9	0,0
	E51- Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas	88,2	9,8	2,0
	E52- As medidas alternativas à pulseira podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente	60,8	15,7	23,5

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Dimensão/Sub dimensão		Resposta positiva %	Resposta neutra %	Resposta Negativa %
3.2	Situações em que se utiliza pulseira de identificação (Média)	85,5	6,7	7,8
	E34.1- Internamento hospitalar	98,0	2,0	0,0
	E34.2- Hospital de dia	72,6	9,8	17,6
	E34.3- Atendimento em urgências	98,0	2,0	0,0
	E34.4- Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	74,5	11,8	13,7
	E34.5- Cirurgia de ambulatório	84,4	7,8	7,8
3.3	Dados a serem colocados na pulseira de identificação (Média)	68,0	20,7	11,3
	E28.1- O nome completo do doente	94,1	5,9	0,0
	E28.2- A data de nascimento	76,5	17,6	5,9
	E28.3R- O número da cama/quarto	29,4	15,7	54,9
	E28.4- O número único de processo clínico na instituição	82,3	15,7	2,0
	E35- Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente: o nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano, número único de processo clínico da instituição (99.999.999)	86,2	11,8	2,0
	E37.1- Nome: Desconhecido	43,2	39,2	17,6
	E37.2- Número de episódio único provisório	56,8	37,3	5,9
	E43- Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	74,6	17,6	7,8
	E44- As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	68,6	25,5	5,9
3.4	Objetivos da utilização da pulseira de identificação (Média)	87,3	6,7	2,0
	E29- O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança. Este facto deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração	94,1	5,9	0,0
	E30- O uso de uma pulseira de identificação não permite o abandono da identificação verbal	90,2	5,9	3,9
	E31R- A identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira	74,5	19,6	5,9
	E33- A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	90,2	7,8	2,0
3.5	Procedimento quando o doente recusa a pulseira de identificação (Média)	62,4	16,3	21,3
	E6- Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação explico-lhe as razões pelas quais é importante a sua colocação	82,4	13,7	3,9
	E9- Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação respeito a sua vontade	47,1	19,6	33,3
	E16R- Coloco pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles	39,2	21,6	39,2
	E36- O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	94,1	2,0	3,9
	E49- No serviço onde exerço funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira	78,4	2,0	19,6
	E53- No serviço onde exerço funções o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação	33,3	39,2	27,5
4.	Realização de do procedimento confirmação da identificação do doente (Média)	33,4	27,5	39,1
4.1	Antes do doente ir para o bloco operatório (Média)	26,3	38,4	35,3
	E10.1- Dados da pulseira de identificação	35,3	47,1	17,6
	E10.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	5,9	39,2	54,9
	E10.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	13,7	49,0	37,3
	E10.4R- Através do número da cama	13,7	33,3	53,0
	E54R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para o bloco operatório	62,8	23,5	13,7
4.2	Antes do doente ser transferido para MCDT (Média)	27,9	34,1	38,0
	E11.1- Dados da pulseira de identificação	27,5	49,0	23,5
	E11.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	13,7	33,3	53,0
	E11.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	7,8	45,1	47,1
	E11.4R- Através do número da cama	23,5	23,5	53,0
	E40R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para exames complementares diag	66,7	19,6	13,7

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Dimensão/Sub dimensão		Resposta positiva %	Resposta neutra %	Resposta negativa %
4.3	Antes do doente ser transferido para outro serviço (Média)	31,0	30,2	38,8
	E12.1- Dados da pulseira de identificação	27,5	43,1	29,4
	E12.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	11,8	29,4	58,8
	E12.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	21,6	33,3	45,1
	E12.4R- Através do número da cama	29,4	23,5	47,1
	E50R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para outro serviço	64,7	21,6	13,7
4.4	Antes de administrar medicação ao doente (Média)	25,9	25,9	48,2
	E13.1- Dados da pulseira de identificação	23,5	41,2	35,3
	E13.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	11,8	21,6	66,6
	E13.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	11,8	39,2	49,0
	E13.4R- Através do número da cama	33,3	13,7	53,0
	E32R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar medicação	49,0	13,7	37,3
4.5	Antes de administrar hemoderivados ao doente (Média)	52,2	12,1	35,7
	E14.1- Dados da pulseira de identificação	80,4	7,8	11,8
	E14.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	15,7	9,8	74,5
	E14.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	45,1	29,4	25,5
	E14.4R- Através do número da cama	33,3	9,8	56,9
	E38R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar sangue ou derivados	86,3	3,9	9,8
4.6	Antes de realizar colheitas de sangue ou outros espécimes para análise (Média)	37,3	23,9	38,8
	E15.1- Dados da pulseira de identificação	39,2	37,3	23,5
	E15.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	9,8	19,6	70,6
	E15.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	29,4	33,3	37,3
	E15.4R- Através do número da cama	31,4	13,7	54,9
	E48R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou colher sangue ou outros espécimes para análise	76,5	15,7	7,8
Média global do questionário		54,8	21,0	24,2

Apêndice X

Quadro F – Percentagem de respostas positivas por dimensão e as variáveis formação profissional e tipo de serviço

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Quadro F – Percentagem de respostas positivas dos enfermeiros por dimensão e as variáveis formação profissional e tipo de serviço

	Formação Profissional			Serviços		
	Licencia tura	Pós Graduaç	Mestrad	Médico N=18	Cirurgia N=25	Ambul N=8
1. Confirma identificação do doente (Média)	78,1	77,2	76,7	71,1	77,2	93,8
E1- Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados	93,5	100	100	94,4	96	100,0
E3R- Confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação	41,9	28,6	50	38,9	20,0	100,0
E21- Confirmando que os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contêm os dados de identificação definidos institucionalmente	71	64,3	33,3	44,4	68,0	100,0
E22- Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados inequívocos definidos para a pulseira	61,3	71,4	33,3	61,1	64,0	50,0
E23- Asseguro-me que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação de cuidados e nos vários locais de registo	74,2	78,6	100	55,5	88,0	100,0
E24- Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	96,8	100	83,3	88,9	100,0	100,0
E26- É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa	100	92,9	83,3	88,9	100,0	100,0
E27- Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação	83,9	78,6	83,3	83,3	80,0	87,5
E55- Um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão	67,7	71,4	100	66,7	68,0	100,0
E56- Pergunto qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se	90,3	85,7	100	88,9	88,0	100,0
2. Confirmação dos dados na pulseira de identificação (Média)	36,4	33,7	23,8	27,8	36,6	41,1
E2.1- Perguntando o nome ao doente	41,9	50	16,7	33,3	48,0	37,5
E2.2R- Tratando-o pelo primeiro nome	3,2	7,1	0,0	0,0	4,0	12,5
E2.3R- Tratando-o pelo apelido	45,2	7,1	0,0	27,8	32,0	25,0
E2.4- Perguntando o nome completo e a data de nascimento ao doente	6,5	14,3	0,0	0,0	12,0	12,5
E19- Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	45,2	50	50	27,8	60,0	50,0
E20- Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	35,5	35,7	33,3	38,9	28,0	50,0
E45R- O doente que já conheço bem, ao ser readmitido no serviço, não preciso efetuar confirmação dos dados na pulseira de identificação	77,4	71,4	66,7	66,7	72,0	100,0

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

3. Conhecimento do procedimento de identificação do doente (Média)	76,2	71,0	64,0	69,6	76,5	70,4
3.1 Colocação da pulseira de identificação (Média)	67,7	55,6	52,3	61,5	65,1	57,1
E4- Quando a pulseira de identificação está deteriorada substituo-a	48,4	50	33,3	61,1	52,0	0,0
E5- Quando encontro um doente sem pulseira de identificação coloco-a antes de prestar cuidados	29	21,4	0,0	27,8	16,0	37,5
E7- Coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante	22,6	7,1	16,7	11,1	28,0	0,0
E8R- Coloco a pulseira de identificação no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente	22,6	0,0	0,0	0,0	20,0	25,0
E17- Coloco pulseira de identificação ao doente confuso	90,3	92,9	50	94,4	92,0	50,0
E18- Coloco pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	83,9	85,7	50	88,9	84,0	50,0
E25- A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira	90,3	92,9	100	94,4	92,0	87,5
E39- A pulseira deve ser retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	87,1	71,4	83,3	61,1	92,0	100,0
E41- A pulseira deve ser inutilizada por corte e destruída	100	57,1	83,3	83,3	84,0	100,0
E42- Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	90,3	57,1	83,3	83,3	72,0	100,0
E46- A pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente	22,6	14,3	33,3	11,1	36,0	0,0
E47- Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	100	85,7	100	94,4	96,0	100,0
E51- Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas	96,8	78,6	66,7	83,3	88,0	100,0
E52- As medidas alternativas à pulseira podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente	64,5	64,3	33,3	66,7	60,0	50,0
3.2 Situações em que se utiliza pulseira de identificação (Média)	91	81,4	66,6	86,6	86,4	80,0
E34.1- Internamento hospitalar	100	100	83,3	94,4	100,0	100,0
E34.2- Hospital de dia	77,4	71,4	50	77,8	76,0	50,0
E34.3- Atendimento em urgências	100	100	83,3	94,4	100,0	100,0
E34.4- Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	87,1	64,3	33,3	77,7	76,0	62,5
E34.5- Cirurgia de ambulatório	90,3	71,4	83,3	88,8	80,0	87,5
3.3 Dados a serem colocados na pulseira de identificação (Média)	69,9	65,1	64,8	59,2	74,2	68,1
E28.1- O nome completo do doente	100	85,7	83,3	88,9	96,0	100,0
E28.2- A data de nascimento	77,4	78,6	66,7	66,7	80,0	87,5
E28.3R- O número da cama/quarto	41,9	0,0	33,3	5,6	24,0	100,0
E28.4- O número único de processo clínico na instituição	80,6	92,9	66,7	66,6	96,0	75,0

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

E35- Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente: o nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano, número único de processo clínico da instituição (99.999.999)	90,3	85,7	66,7	77,8	92,0	87,5
E37.1- Nome: Desconhecido	48,4	35,7	33,3	22,2	60,0	37,5
E37.2- Número de episódio único provisório	54,8	64,3	50	55,5	64,0	37,5
E43- Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	71	78,6	83,3	72,2	84,0	50,0
E44- As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	64,5	64,3	100,0	77,7	72,0	37,5
3.4 Objetivos da utilização da pulseira de identificação (Média)	87,9	91,1	75	80,6	91,0	90,6
E29- O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança. Este facto deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração	96,8	92,9	83,3	88,9	96,0	100,0
E30- O uso de uma pulseira de identificação não permite o abandono da identificação verbal	96,8	78,6	83,3	83,3	92,0	100,0
E31R- A identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira	71,0	92,9	50	66,7	84,0	62,5
E33- A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	87,1	100,0	83,3	83,3	92,0	100,0
3.5 Procedimento quando o doente recusa a pulseira de identificação (Média)	64,5	61,9	61,1	60,2	66,0	56,3
E6- Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação explico-lhe as razões pelas quais é importante a sua colocação	83,9	78,6	83,3	72,2	84,0	100,0
E9- Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação respeito a sua vontade	48,4	50	33,3	38,9	64,0	12,5
E16R- Coloco pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles	35,5	42,9	50,0	16,7	48,0	62,5
E36- O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	96,8	92,9	83,3	94,4	92,0	100,0
E49- No serviço onde exerço funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira	83,9	71,4	66,7	94,4	76,0	50,0
E53- No serviço onde exerço funções o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação	38,7	35,7	0,0	44,4	32,0	12,5
4. Realização de do procedimento confirmação da identificação do doente (Média)	37,5	25	31,6	36,3	27,2	51,2
4.1 Antes do doente ir para o bloco operatório (Média)	27,1	24,3	26,7	34,5	25,6	10,0

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

E10.1- Dados da pulseira de identificação	35,5	35,7	33,3	55,6	32,0	0,0
E10.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	9,7	0,0	0,0	5,6	8,0	0,0
E10.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	12,9	14,3	16,7	27,8	8,0	0,0
E10.4R- Através do número da cama	19,4	0	16,7	11,1	20,0	0,0
E54R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para o bloco operatório	58,1	71,4	66,7	72,2	60,0	50,0
4.2 Antes do doente ser transferido para MCDT (Média)	32,3	20	23,3	44,4	24,0	32,5
E11.1- Dados da pulseira de identificação	29	21,4	33,3	44,4	20,0	12,5
E11.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	22,6	0	0	44,4	8,0	37,5
E11.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	12,9	0	0	44,4	4,0	12,5
E11.4R- Através do número da cama	32,3	7,1	16,7	16,7	20,0	50,0
E40R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para exames complementares de diagnóstico	64,5	71,4	66,7	72,2	68,0	50,0
4.3 Antes do doente ser transferido para outro serviço (Média)	36,1	18,6	33,3	31,1	24,8	50,0
E12.1- Dados da pulseira de identificação	35,5	14,3	16,7	33,3	28,0	12,5
E12.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	19,4	0	0	11,1	12,0	12,5
E12.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	22,6	7,1	50	27,8	4,0	62,5
E12.4R- Através do número da cama	35,5	7,1	50	16,6	24,0	75,0
E50R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para outro serviço	67,7	64,3	50	66,6	56,0	87,5
4.4 Antes de administrar medicação ao doente (Média)	31,6	14,3	23,3	21,1	17,6	62,5
E13.1- Dados da pulseira de identificação	29	14,3	16,7	22,2	20,0	37,5
E13.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	19,4	0	0	11,1	4,0	37,5
E13.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	16,1	0	16,7	11,1	4,0	37,5
E13.4R- Através do número da cama	38,7	14,3	50	16,7	24,0	100,0
E32R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar medicação	54,8	42,9	33,3	44,4	36,0	100,0
4.5 Antes de administrar hemoderivados ao doente (Média)	56,7	44,3	46,7	50,0	44,0	82,5
E14.1- Dados da pulseira de identificação	77,4	92,9	66,7	77,8	76,0	100,0
E14.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	22,6	7,1	0	16,7	8,0	37,5
E14.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	54,8	21,4	50	55,5	28,0	75,0

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

E14.4R- Através do número da cama	38,7	14,3	50	16,7	24,0	100,0
E38R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar sangue ou derivados	90,3	85,7	66,7	83,3	84,0	100,0
4.6 Antes de realizar colheitas de sangue ou outros espécimes para análise (Média)	41,3	28,5	36,6	36,7	27,2	70,0
E15.1- Dados da pulseira de identificação	41,9	35,7	33,3	50,0	28,0	50,0
E15.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	12,9	7,1	0	11,1	4,0	25,0
E15.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	32,3	14,3	50	33,3	12,0	75,0
E15.4R- Através do número da cama	32,3	21,4	50	11,1	24,0	100,0
E48R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou colher sangue ou outros espécimes para análise	87,1	64,3	50	77,8	68,0	100,0
Média global	57,1	51,7	49,0	53,0	54,3	62,0

Apêndice XI

Quadro G - Percentagem de respostas positivas por dimensão e as variáveis idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

Quadro G - Percentagem de respostas positivas por dimensão e as variáveis idade, tempo de experiência profissional e tempo de experiência no serviço

Dimensão	Idade		Tempo de experiência profissional		Tempo de experiência no serviço	
	<= 33 anos	> 33 anos	<= 9 anos	> 9 anos	<= 6 anos	> 6 anos
1. Confirma identificação do doente (Média)	77,3	78,2	73,8	81,6	80,8	74,4
E1- Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados	96,6	95,5	96,2	96	92,3	100
E3R- Confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação	37,9	40,9	34,6	44	46,2	32
E21- Confirmando que os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contém os dados de identificação definidos institucionalmente	62,1	68,2	53,8	76	65,4	64
E22- Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados inequívocos definidos para a pulseira	65,5	54,5	50	72	65,4	56
E23- Asseguro-me que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação de cuidados e nos vários locais de registo	82,8	72,7	69,2	88	80,8	76
E24- Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	93,1	100	92,3	100	96,2	96
E26- É responsabilidade do pessoal envolvido na prestação dos cuidados de saúde confirmar que os presta à pessoa certa	96,6	95,5	96,2	96	100	92
E27- Em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação	79,3	86,4	80,8	84	84,6	80
E55- Um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão	65,5	81,8	73,1	72	80,8	64
E56- Pergunto qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se	93,1	86,4	92,3	88	96,2	84
2. Confirmação dos dados na pulseira de identificação (Média)	35,9	31,8	35,7	32,6	40,6	27,4
E2.1- Perguntando o nome ao doente	37,9	45,5	38,5	44	46,2	36
E2.2R- Tratando-o pelo primeiro nome	3,4	4,5	0	8	0	8
E2.3R- Tratando-o pelo apelido	41,4	13,6	34,6	24	26,9	32
E2.4- Perguntando o nome completo e a data de nascimento ao doente	10,3	4,5	11,5	4	15,4	0
E19- Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	44,8	50	46,2	48	65,4	28
E20- Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	44,8	22,7	42,3	28	53,8	16
E45R- O doente que já conheço bem, ao ser readmitido no serviço, não preciso efetuar confirmação dos dados na pulseira de identificação	69	81,8	76,9	72	76,9	72
3. Conhecimento do procedimento de identificação do doente (Média)	69,3	68,2	69,3	69,6	72,9	66,0
3.1 Colocação da pulseira de identificação (Média)	64,3	56,5	63,7	61,4	67,1	58
E4- Quando a pulseira de identificação está deteriorada substituo-a	55,2	36,4	50	44	46,2	48

Identificação Inequivoca do Doente em Contexto Hospitalar

E5- Quando encontro um doente sem pulseira de identificação coloco-a antes de prestar cuidados	20,7	27,3	19,2	28	30,8	16
E7- Coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante	17,2	18,2	15,4	20	19,2	16
E8R- Coloco a pulseira de identificação no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente	13,8	13,6	15,4	12	19,2	8
E17- Coloco pulseira de identificação ao doente confuso	89,7	81,8	80,8	92	92,3	80
E18- Coloco pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	82,8	77,3	73,1	88	88,5	72
E25- A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira	93,1	90,9	96,2	88	92,3	92
E39- A pulseira deve ser retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	79,3	86,4	76,9	88	88,5	76
E41- A pulseira deve ser inutilizada por corte e destruída	93,1	22,7	96,2	76	96,2	76
E42- Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	79,3	81,8	80,8	80	88,5	72
E46- A pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente	31	9,1	26,9	16	23,1	20
E47- Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	96,6	95,5	100	92	100	92
E51- Quando, por motivos clínicos, o doente não puder usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas	86,2	90,9	92,3	84	96,2	80
E52- As medidas alternativas à pulseira podem passar pela colocação de uma pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente	62,1	59,1	69,2	52	57,7	64
3.2 Situações em que se utiliza pulseira de identificação (Média)	86,2	84,5	86,2	84,8	90,8	80
E34.1- Internamento hospitalar	96,6	100	96,2	100	100	96
E34.2- Hospital de dia	72,4	72,7	69,2	76	80,8	64
E34.3- Atendimento em urgências	96,6	100	96,2	100	100	96
E34.4- Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	79,3	68,2	76,9	72	76,9	72
E34.5- Cirurgia de ambulatório	86,2	81,8	92,3	76	96,2	72
3.3 Dados a serem colocados na pulseira de identificação (Média)	65,8	70,7	66,7	69,3	69,2	66,7
E28.1- O nome completo do doente	93,1	95,5	92,3	96	96,2	92
E28.2- A data de nascimento	69	86,4	65,4	88	76,9	76
E28.3R- O número da cama/quarto	20,7	40,9	30,8	28	34,6	24
E28.4- O número único de processo clínico na instituição	82,8	81,8	84,6	80	84,6	80
E35- Na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente: o nome deve constar em maiúsculas, data de nascimento no formato dia/mês/ano, número único de processo clínico da instituição (99.999.999)	82,8	90,9	84,6	88	88,5	84
E37.1- Nome: Desconhecido	48,3	36,4	38,5	48	38,5	48
E37.2- Número de episódio único provisório	55,2	59,1	50	64	53,8	60
E43- Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	69	81,8	80,8	68	76,9	72
E44- As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	72,4	63,6	73,1	64	73,1	64

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

3.4 Objetivos da utilização da pulseira de identificação (Média)	84,5	90,9	86,6	88	88,5	86
E29- O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança. Este facto deve ser explicado ao doente, pedindo-lhe a sua colaboração	93,1	95,5	96,2	92	100	88
E30- O uso de uma pulseira de identificação não permite o abandono da identificação verbal	89,7	90,9	88,5	92	92,3	88
E31R- A identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira	69	81,8	73,1	76	69,2	80
E33- A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	86,2	95,5	88,5	92	92,3	88
3.5 Procedimento quando o doente recusa a pulseira de identificação (Média)	62,1	62,9	60,9	64	66,5	58,6
E6- Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação explico-lhe as razões pelas quais é importante a sua colocação	79,3	86,4	76,9	88	88,5	76
E9- Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação respeito a sua vontade	51,7	40,9	38,5	56	49,2	48
E16R- Coloco pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles	24,1	59,1	26,9	52	34,6	44
E36- O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	93,1	95,5	96,2	92	100	88
E49- No serviço onde exerço funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira	86,2	68,2	88,5	68	84,6	72
E53- No serviço onde exerço funções o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação	37,9	27,3	38,5	28	42,3	24
4. Realização de do procedimento confirmação da identificação do doente (Média)	32	35,3	35,1	31,6	38,3	31,1
4.1 Antes do doente ir para o bloco operatório (Média)	28,3	23,6	30	22,4	30,8	21,6
E10.1- Dados da pulseira de identificação	48,3	18,2	46,2	24	57,7	12
E10.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	6,9	4,5	3,8	8	3,8	8
E10.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	20,7	4,5	23,1	4	26,9	0
E10.4R- Através do número da cama	10,3	18,2	15,4	12	7,7	20
E54R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para o bloco operatório	55,2	72,7	61,5	64	57,7	68
4.2 Antes do doente ser transferido para MCDT (Média)	27,8	28,2	28,4	27,2	33,1	22,4
E11.1- Dados da pulseira de identificação	34,5	18,2	30,8	24	46,2	8
E11.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	13,8	13,6	11,5	16	15,4	12
E11.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	11,3	4,5	11,5	4	15,4	0
E11.4R- Através do número da cama	13,8	36,4	19,2	28	23,1	24
E40R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para exames complementares de diagnóstico	65,5	68,2	69,2	64	65,4	68
4.3 Antes do doente ser transferido para outro serviço (Média)	29,7	32,7	35,4	26,4	34,6	37,7

Identificação Inequívoca do Doente em Contexto Hospitalar

E12.1- Dados da pulseira de identificação	34,5	18,2	30,8	24	42,3	16,7
E12.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelid	17,2	4,5	15,4	8	15,4	0
E12.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	20,7	22,7	30,8	12	30,8	50
E12.4R- Através do número da cama	20,7	40,9	30,8	28	26,9	50
E50R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para outro serviço	55,2	77,3	69,2	60	57,7	72
4.4 Antes de administrar medicação ao doente (Média)	22,1	30,9	26,9	24,8	32,3	25,5
E13.1- Dados da pulseira de identificação	24,1	22,7	23,1	24	42,3	16,7
E13.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	13,8	9,1	11,5	12	15,4	0
E13.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	13,8	9,1	19,2	4	19,2	16,7
E13.4R- Através do número da cama	20,7	50,0	30,8	36	30,8	50
E32R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar medicação	37,9	63,6	50	48	53,8	44
4.5 Antes de administrar hemoderivados ao doente (Média)	48,3	57,3	51,5	52,8	54,6	49,6
E14.1- Dados da pulseira de identificação	75,9	86,4	76,9	84	80,8	80
E14.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	10,3	22,7	7,7	24	19,2	12
E14.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	48,3	40,9	57,7	32	53,8	36
E14.4R- Através do número da cama	24,1	45,5	34,6	32	34,6	32
E38R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar sangue ou derivados	82,8	90,9	80,8	92	84,6	88
4.6 Antes de realizar colheitas de sangue ou outros espécimes para análise (Média)	35,9	39,1	38,5	36	44,6	29,6
E15.1- Dados da pulseira de identificação	44,8	31,8	42,3	36	57,7	20
E15.2R- Pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	6,9	13,6	3,8	16	11,5	8
E15.3- Pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	27,6	31,8	38,5	20	46,2	12
E15.4R- Através do número da cama	20,7	45,5	26,9	36	30,8	32
E48R- Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou colher sangue ou outros espécimes para análise	79,3	72,7	80,8	72	76,9	76
Média global	54,5	54,6	54,4	54,8	59,0	50,7