



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente

Ana Rita Mendes Antunes dos Santos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora
Associada

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Orientadora:

Mestre Susana Maria Sardinha Vieira Ramos, Enfermeira Gestora
Unidade Local de Saúde de São José

Setembro, 2024



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente

Ana Rita Mendes Antunes dos Santos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora
Associada

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Orientadora:

Mestre Susana Maria Sardinha Vieira Ramos, Enfermeira Gestora
Unidade Local de Saúde de São José

Setembro, 2024

*“An incident is just the tip of the iceberg,
a sign of a much larger problem below the surface.”*

Don Brown

Agradecimento

O Mestrado de Gestão de Empresas proporcionou-me adquirir novos conhecimentos e saberes na área de gestão. Foi incansável todo o apoio e partilha de saberes por parte dos Professores do ISCTE, assim como dos companheiros desta jornada.

Como investigadora, foi com satisfação que desenvolvi esta tese de Mestrado, permitindo a aquisição e consolidação de conhecimento/saberes na área da qualidade e segurança do doente e como esta é fundamental para a cultura organizacional, contribuindo para uma organização fiável. Este enriquecimento a nível pessoal contribuiu para o meu enriquecimento profissional, adquirindo novos conhecimentos e competências na área de gestão. Tornou-se um desafio pessoal e de gestão de tempo, porque como profissional de saúde tive de fazer uma boa organização de tempo devido aos turnos (*Rollman*) de trabalho.

Ao elaborar esta tese de Mestrado, contei com todo o apoio e motivação durante todas as etapas desta jornada e amor incondicional da minha família (pais, irmão, cunhada, sobrinhos, tios e primas). Agradeço todo o apoio e palavras de motivação dos amigos e colegas.

Agradeço profundamente pela orientação, motivação, apoio incondicional, carinho e partilha de conhecimentos e experiências das orientadoras, Professora Doutora Generosa do Nascimento e da Enfermeira Gestora Susana Ramos.

Gostaria de agradecer a todos os enfermeiros que participaram no estudo, pois este só foi possível ser realizado devido à colaboração dos mesmos. Também agradeço à Unidade Local de Saúde onde este estudo foi realizado, que aprovou o mesmo. Agradeço também à Enfermeira Gestora do serviço onde foi aplicado este estudo.

Desta forma, deixo aqui o meu sincero agradecimento, por me ajudarem a finalizar esta jornada de formação na área de gestão, que me fez evoluir a nível pessoal como profissional.

Resumo

A segurança do doente é uma preocupação para as organizações de saúde, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde e Direção-Geral da Saúde. Devido à complexidade das organizações de saúde, podem ocorrer incidentes de segurança do doente, resultante dos cuidados prestados. Logo, é necessário garantir a segurança do doente, sendo um dos pilares para práticas mais seguras, a identificação inequívoca do doente e a comunicação eficaz, reduzindo possíveis danos e potencializando a qualidade em saúde.

Este projeto apresenta como tema a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente. A sua finalidade é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança do doente hospitalizado, diminuindo possíveis danos, promovendo práticas seguras nos cuidados prestados.

Neste estudo observacional e transversal aplicaram-se dois questionários (identificação inequívoca do doente e coordenação relacional) e duas grelhas de observação (identificação inequívoca do doente e comunicação eficaz na transição dos cuidados) a uma amostra de 23 enfermeiros pertencentes ao Serviço de Medicina de uma Unidade Local de Saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os resultados revelaram que os participantes confiam na memória para identificar os doentes, não realizando eficazmente uma identificação inequívoca com pelo menos dois dados fidedignos. Reconhecendo-se a necessidade de melhorar a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente entre enfermeiros, este estudo resultou num projeto de intervenção que define estratégias de melhoria, envolvendo profissionais de saúde e doentes.

Reforça-se ainda a relevância de sensibilizar e formar os profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento de futuras investigações.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; segurança do doente; identificação do doente; comunicação eficaz; coordenação relacional; transição de cuidados.

Classificação JEL: I10 – Saúde em geral; I12 – Comportamento de saúde.

Abstract

Patient safety is a key concern for healthcare organizations, including the World Health Organization and the Direção-Geral da Saúde. Due to the complexity of healthcare organizations, patient safety incidents may occur as a result of the care provided. Therefore, ensuring patient safety is essential, with unambiguous patient identification and effective communication being pillars for safer practices, reducing potential harm and enhancing healthcare quality.

This project focuses on the theme of effective communication in unambiguous patient identification. Its aim is to contribute to the improvement of the quality of healthcare provided and hospitalized patient safety by reducing potential harm and promoting safe care practices.

In this observational and cross-sectional study, two questionnaires (unambiguous patient identification and relational coordination) and two observation grids (unambiguous patient identification and effective communication during care transitions) were applied to a sample of 23 nurses from the Medicine Department of a Local Health Unit in the Lisboa e Vale do Tejo region.

The results revealed that the participants rely on memory to identify patients, without effectively performing unambiguous identification using at least two reliable data points. Recognizing the need to improve effective communication in unambiguous patient identification among nurses, this study led to an intervention project that defines improvement strategies, involving both healthcare professionals and patients.

Additionally, it emphasizes the importance of raising awareness and training healthcare professionals, as well as the development of future research.

Keywords: Healthcare quality; patient safety; patient identification; effective communication; relational coordination; transitional care.

JEL classification system: I10 – General Health; I12 – Health Behavior.

Índice

<i>Agradecimento</i>	<i>iii</i>
<i>Resumo</i>	<i>v</i>
<i>Abstract</i>	<i>vii</i>
<i>Índice</i>	<i>ix</i>
<i>Glossário de Siglas</i>	<i>xv</i>
CAPÍTULO 1	1
<i>Introdução</i>	1
CAPÍTULO 2	5
<i>Revisão da Literatura</i>	5
<i>2.1. Qualidade em saúde</i>	5
<i>2.2. Segurança do doente</i>	7
<i>2.2.1. Tipos de erros</i>	9
<i>2.3. Identificação inequívoca</i>	10
<i>2.4. Comunicação em saúde</i>	13
<i>2.4.1. Coordenação relacional</i>	15
<i>2.4.2. Comunicação na transição dos cuidados</i>	16
CAPÍTULO 3	21
<i>Metodologia</i>	21
<i>3.1. Método</i>	21
<i>3.2. Técnicas de recolha de dados</i>	21
<i>3.3. População e amostra</i>	23
<i>3.4. Critérios de inclusão</i>	24
<i>3.5. Critérios de exclusão</i>	24
<i>3.6. Variáveis do projeto</i>	24
<i>3.7. Considerações éticas</i>	24
<i>3.8. Técnica de tratamento de dados</i>	25

CAPÍTULO 4.....	27
<i>Diagnóstico.....</i>	27
<i>4.1. Caraterização da Unidade Local de Saúde.....</i>	27
<i>4.2. Caracterização do serviço de medicina.....</i>	28
<i>4.3. Resultados</i>	29
<i>4.3.1. Caraterização sociodemográfica da amostra</i>	29
<i>4.3.2. Resultados referentes ao questionário da identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar</i>	30
<i>4.3.3. Resultados referentes ao questionário da coordenação relacional</i>	39
<i>4.3.4. Resultados referentes à grelha de observação sobre a identificação inequívoca do doente</i>	41
<i>4.3.5. Resultados referentes à grelha de observação sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados durante a passagem de turno.....</i>	44
<i>4.4. Análise crítica dos resultados sobre a identificação inequívoca do doente</i>	50
<i>4.5. Análise crítica dos resultados sobre a comunicação na transição dos cuidados ..</i>	54
<i>4.6. Limitações.....</i>	57
CAPÍTULO 5.....	59
<i>Proposta de intervenção.....</i>	59
CAPÍTULO 6.....	67
<i>Conclusão</i>	67
<i>Fontes</i>	69
<i>Referências Bibliográficas</i>	71
Anexos.....	77
<i>Anexo A – Parecer da Comissão de Ética</i>	77
<i>Anexo B – Parecer do Conselho de Administração</i>	78
<i>Anexo C – Consentimento para aplicar o questionário e Grelha de observação de identificação inequívoca do doente</i>	79
<i>Anexo D – Consentimento informado para Enfermeiros.....</i>	80
<i>Anexo E – Consentimento informado para Doente/representante Legal</i>	82

<i>Anexo F – Consentimento informado de tratamento de dados Pessoais</i>	84
<i>Anexo G – Consentimento informado de tratamento de dados Pessoais/representante Legal</i>	85
<i>Anexo H – Questionário da Identificação Inequívoca do Doente</i>	86
<i>Anexo I – Questionário da Coordenação Relacional</i>	90
<i>Anexo J – Grelha de Observação da Identificação Inequívoca do Doente</i>	92
<i>Anexo K – Grelha de Observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno</i>	93
<i>Anexo L – Caraterização Sociodemográfica da Amostra</i>	95
<i>Anexo M – Resultados Obtidos do questionário da identificação inequívoca do doente</i>	98
<i>Anexo N – Resultados Obtidos do questionário da Coordenação Relacional.....</i>	102
<i>Anexo O – Resultados Obtidos da Grelha de Observação da Identificação Inequívoca do doente.....</i>	103
<i>Anexo P – Resultados Obtidos da Grelha de Observação da comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno.....</i>	105
<i>Anexo Q – Cronograma do Projeto de Intervenção</i>	106

Índice de tabela

Tabela 1 - Modelo explicativo da técnica ISBAR (DGS, 2017).....	18
Tabela 2 - Caraterização sociodemográfica - Idade dos participantes (Questionário realizado a 23 inquiridos)	95
Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica –Sexo dos participantes (Questionário realizado a 23 inquiridos)	95
Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica- Tempo de experiência profissional (Questionário realizado a 23 inquiridos).....	95
Tabela 5 - Caraterização sociodemográfica – Tempo de experiência no atual serviço (Questionário realizado a 23 inquiridos)	96
Tabela 6 - Caraterização sociodemográfica – Formação académica (Questionário realizado a 23 inquiridos)	97
Tabela 7 - Caraterização sociodemográfica - Variável: Formação profissional (Questionário realizado a 23 inquiridos).....	97

Tabela 8 - Caraterização sociodemográfica – Variável: Participação em ação de formação sobre Segurança do Doente (Questionário realizado a 23 inquiridos)	97
Tabela 9 - Caraterização Sociodemográfica- Variável: Se nessa formação foi abordado o tema da Identificação Inequívoca do Doente (Questionário aplicado a 23 inquiridos)	97
Tabela 10 - Resultados do questionário da identificação inequívoca do doente (Questionário realizado a 23 inquiridos)	98
Tabela 11 - Resultados do questionário da Coordenação Relacional (Questionário realizado a 23 inquiridos)	102
Tabela 12 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de administrar medicação (Realizada no Total 43 observações)	103
Tabela 13 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de colher espécimes para análises (Realizada no Total 43 observações)	103
Tabela 14 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de administrar hemoderivados (Realizada no Total 43 observações).....	103
Tabela 15 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para o bloco operatório (Realizada no Total 43 observações)	103
Tabela 16 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para Exames Complementares de Diagnóstico (Realizada no Total 43 observações).....	104
Tabela 17 - Resultados da Grelha de observação da comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno (Realizada 50 observações)	105
Tabela 18 - Cronograma do Projeto de intervenção.....	106

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Idade dos participantes (Realizado o questionário a 23 inquiridos).	29
Gráfico 2 - Participação em ações de formação sobre a segurança do doente, e se sim, se nessa formação foi abordado o tema da identificação Inequívoca do Doente (Realizado o questionário a 23 inquiridos).	30
Gráfico 3 - Quando o doente vai para o Bloco operatório (Realizado o questionário a 23 inquiridos).	32
Gráfico 4 - Quando o doente vai realizar exames complementares de diagnóstico (Realizado o questionário a 23 inquiridos).	32
Gráfico 5 - Quando o doente vai ser transferido de serviço (Realizado o questionário a 23 inquiridos)	33

Gráfico 6 - Antes de administrar medicação ao doente (Realizado o questionário a 23 inquiridos)	34
Gráfico 7 - Antes de administrar sangue ou derivados ao doente (Realizado o questionário a 23 inquiridos)	34
Gráfico 8 - Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise (Realizado o questionário a 23 inquiridos).....	35
Gráfico 9 - Resultados do Questionário da Coordenação Relacional (Realizado o questionário a 23 inquiridos).....	41
Gráfico 10 - Resultados da Grelha de Observação de identificação inequívoca do doente: Antes de Administrar medicação (Realizadas no total 43 observações).....	42
Gráfico 11 - Resultado da Grelha de Observação de identificação inequívoca do doente: Antes de colher espécimes para análise (Realizadas no total 43 observações).	42
Gráfico 12 - Resultados obtidos da Grelha de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de administrar hemoderivados (Realizadas no total 43 observações).....	43
Gráfico 13 - Resultados da Grelha de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para o bloco operatório (Realizadas no total 43 observações).	43
Gráfico 14 - Resultados obtidos da Grelha de observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para Exames complementares de diagnóstico (Realizadas no total 43 observações).....	44
Gráfico 15 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR -Identificação (Realizadas no total 50 observações).	45
Gráfico 16 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR - Situação atual (Realizadas no total 50 observações).	45
Gráfico 17- Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR -Antecedentes (Realizadas no total 50 observações).	46
Gráfico 18- Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR - Avaliação (Realizadas no total 50 observações).	47
Gráfico 19 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR – Recomendações (Realizadas no total 50 observações).	48
Gráfico 20 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Transferência de cuidados na passagem de turno (Realizadas no total 50 observações).....	48

Gráfico 21 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno - Ambiente Físico (Realizadas no total 50 observações).....	49
Gráfico 22 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno - Problemas na comunicação (Realizadas no total 50 observações).	50
Gráfico 23 - Caracterização sociodemográfica - Sexo dos participantes (Questionário realizado a 23 inquiridos).....	95
Gráfico 24 - Caracterização sociodemográfica - Tempo de experiência profissional (Questionário realizado a 23 inquiridos).....	96
Gráfico 25 - Caraterização sociodemográfica – Tempo de experiência no atual serviço (Questionário realizado a 23 inquiridos).....	96
Gráfico 26 - Caraterização sociodemográfica – Formação académica (Questionário realizado a 23 inquiridos).....	97

Glossário de Siglas

ACES - Agrupamentos de centros de saúde

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

CR - Coordenação Relacional

DGS - Direção-Geral da Saúde

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

LVT - Lisboa Vale do Tejo

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

NHS - National Health Service

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDCA - Plan-Do-Study/Check-Act

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do doente

SBAR - Situation, Background, Assessment, Recommendation

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ULS -. Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

CAPÍTULO 1

Introdução

A qualidade e a segurança encontram-se relacionadas, deste modo, quanto maior for a segurança em saúde maior será a qualidade, tendo como consequência uma redução dos custos (Fragata, 2011).

As organizações fiáveis/confiáveis são complexas, e desta forma são suscetíveis à ocorrência de eventos adversos, sendo fundamental apresentar mecanismos de gestão de incidentes para que exista uma redução do impacto dessas ocorrências (Fragata et al., 2019), potencializando a credibilidade da organização e dos seus colaboradores (Mendes & Barroso, 2014). As organizações de saúde devem seguir o exemplo das organizações com alta fiabilidade, mas ainda têm um longo caminho a percorrer (Fragata, 2011).

Nas organizações de saúde modernas, verifica-se que durante os cuidados de saúde prestados ao doente, devido à sua complexidade, poderão ocorrer incidentes ao nível da segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021).

Para uma melhoria constante da segurança do doente, tem de existir (...) “mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na prática clínica.” (Mendes & Barroso, 2014, p. 199). Desta forma, é fundamental a implementação de políticas e estratégias, seja a nível internacional ou nacional, com a finalidade de reduzir os incidentes, podendo alguns destes ser evitáveis, contribuindo assim para ganhos em saúde (Despacho n.º 9390/2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), citado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2018, p.3), refere que (...) “a cultura de segurança de uma organização é, ..., o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde.” Refere ainda que as organizações de saúde apresentam um ambiente próprio em que existe uma interação de influência dos seus colaboradores, contribuindo estes para a cultura organizacional.

De forma a aumentar a cultura de segurança do doente nas organizações de saúde é essencial sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a segurança do doente.

A World Health Organization (WHO) (2021) elaborou um plano global da segurança do doente para 2021-2030, tendo como missão eliminar riscos e danos evitáveis para os doentes como profissionais de saúde, elaborando políticas, estratégias e ações, com base em evidência

científica e envolver diferentes *stakeholders* e criando parcerias. Salienta-se que se estimou que um em cada 10 doentes são submetidos a um evento adverso resultante dos cuidados prestados em hospitais de países com alto rendimento. Estes dados vêm reforçar a relevância do presente estudo.

A identificação inequívoca do doente é um fator essencial da segurança do doente. De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), os profissionais de saúde que prestam cuidados ao doente devem ter boas práticas relacionadas com a segurança do doente, sendo assim, devem identificá-los através de pelo menos dois dados fidedignos, como por exemplo o nome completo, a data de nascimento, o número único de processo clínico na instituição. Nota-se que, a identificação inequívoca do doente deverá ser efetuada antes dos cuidados prestados, evitando danos para o doente.

Sendo a comunicação eficaz e eficiente um dos pilares da segurança do doente, é essencial que as organizações de saúde encontrem estratégias para garantir a mesma, promovendo cuidados de saúde seguros. Existem diferentes estudos que associam uma comunicação eficaz entre os profissionais, doentes e respetiva família, fundamental na prevenção de eventos adversos ou de incidentes (Lebre et al., 2022).

A finalidade deste projeto é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança do doente hospitalizado, diminuindo possíveis danos, promovendo práticas seguras nos cuidados prestados. O presente projeto tem como tema a Comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente hospitalizado no serviço de medicina numa Unidade Local de Saúde (ULS) na grande área de Lisboa Vale do Tejo (LVT).

Neste sentido, surgiu a seguinte questão de investigação: Qual a perceção e prática dos enfermeiros relativamente à comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente?

O objetivo geral deste estudo é implementar um projeto na área da segurança do doente com enfoque na comunicação eficaz para identificação inequívoca no processo de cuidados de saúde, contemplando a perceção dos enfermeiros que trabalham num serviço de medicina numa ULS na grande área de LVT.

Como objetivos específicos propôs-se: 1) Avaliar a perceção dos enfermeiros de um serviço de internamento de medicina, relativamente à importância da comunicação na identificação inequívoca do doente; 2) Observar as práticas dos enfermeiros na comunicação eficaz para a identificação inequívoca com base nas normas nacionais e internacionais referentes à temática; 3) Identificar pontos fortes e aspetos a melhorar das práticas dos enfermeiros relativa à comunicação eficaz para a identificação inequívoca do doente; 4) Definir estratégias de melhoria para uma comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: 1) numa primeira parte é realizado um enquadramento teórico, onde é abordado temas como a qualidade em saúde, segurança do doente, tipos de erros, identificação inequívoca do doente, comunicação em saúde, coordenação relacional (CR) e, por último, comunicação na transição dos cuidados, onde são abordados conceitos, e diretrizes nacionais e internacionais com base em evidência científica; 2) numa segunda fase é descrita a metodologia utilizada neste estudo, em que é descrito o método utilizado, as técnicas de recolha de dados, a população e amostra utilizada, os critérios de inclusão e de exclusão, as variáveis do estudo, as considerações éticas e, por último, as técnicas de tratamento de dados; 3) numa terceira fase é realizado o diagnóstico, onde foi caracterizada a Unidade Local de Saúde (ULS) e o serviço de medicina, foi também abordado os resultados obtidos dos questionários e das grelhas de observação, bem como a sua análise crítica; 4) numa quarta fase foi elaborado um projeto de intervenção tendo como base evidências científicas, os resultados obtidos e a sua análise, apresentando-se posteriormente as limitações sentidas neste projeto de investigação; 5) por último, foi realizada uma breve conclusão deste projeto de investigação e foram sugeridas recomendações para futuros projetos de investigação.

Revisão da Literatura

2.1. Qualidade em saúde

A globalização permitiu abertura de fronteiras a mercados, à livre circulação de indivíduos, assim como ao desenvolvimento de novas tecnologias e rápida circulação de informação. Desta forma, tendo em conta os vários desafios, as organizações necessitam de sobreviver, adaptarem-se e reorganizarem-se face às mudanças e às incertezas. As organizações de saúde não são exceção (Martins & Carvalho, 2012).

De acordo com Chora e Correia (2022), para que as organizações sejam bem-sucedidas, estas devem potencializar oportunidades e pontos fortes, devendo assim, reduzir as possíveis ameaças e pontos fracos. Para Yilmaz et al. (2018) as organizações de saúde devem prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, assegurando a sua sustentabilidade, e garantindo que os indivíduos através do trabalho de equipa multidisciplinar, obtenham precocemente um diagnóstico, assim como o tratamento com base na evidência científica com os recursos disponíveis.

Segundo a WHO et al. (2018), na saúde existe uma constante mudança nos cuidados prestados aos indivíduos, desta forma, para que exista uma melhoria da qualidade, esta deve ser monitorizada e avaliada continuamente.

A qualidade em saúde é definida como a excelência dos cuidados de saúde prestados, acessíveis e equitativos, com os recursos disponíveis garantindo as necessidades e satisfação do cidadão (Despacho nº5613/2015). Para a OMS (2020), os cuidados de saúde de qualidade devem ser eficazes, ou seja, os cuidados prestados ao doente devem ser sustentados pela evidência científica; seguros, isto é, evitar que a pessoa que recebe os cuidados de saúde não seja lesada; centrados nas pessoas, respeitando as suas preferências, necessidades e valores. E para que existam benefícios nos cuidados de saúde de qualidade, as organizações de saúde devem ser oportunas, isto significa que os cuidados de saúde devem ser executados no tempo certo e com reduzido tempo de espera; equitativos, ou seja, a qualidade dos cuidados de saúde prestados devem ser iguais para todos independentemente da sua idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política; integrados, pois os cuidados de saúde devem ser coordenados e deve existir uma colaboração entre os diversos profissionais de saúde, serviços e diversas organizações de

saúde de forma a fornecer cuidados de saúde ao longo da vida da pessoa; eficientes, uma vez que devem estar disponíveis todos os recursos evitando o desperdício.

Segundo o Despacho n.º 5613/2015 (2015), outra base da qualidade em saúde está relacionada com o contexto económico-financeiro que origina uma melhoria nos cuidados de saúde prestados através da eficiência e efetividade dos mesmos.

Para que as organizações de saúde prestem serviços de alta qualidade, devem ter em consideração alguns pontos, nomeadamente que os cuidados de saúde prestados sejam certos, no momento certo, e que estes respondam às necessidades e expectativas dos cidadãos que utilizam os serviços de saúde, bem como devem reduzir possíveis danos à pessoa e desperdício de recursos. De maneira a existir qualidade nos serviços de saúde prestados é importante ter em conta elementos como os profissionais de saúde, as instalações dos serviços de saúde, os medicamentos, os dispositivos e tecnologias, os sistemas de informação e o financiamento na área da saúde (WHO et al., 2018).

Desta forma em Portugal, a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde que foi fundado em 2009, coordena e desenvolve programas de melhoria contínua da qualidade para as organizações de saúde, assim como programas relacionados com a segurança do doente, avaliando-os à posteriori (Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde (PNS), 2011).

Também existem processos para avaliar as organizações de saúde, as suas instalações e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Um desses processos é a acreditação, sendo este realizado por uma entidade independente e externa (WHO, 2022), sendo este voluntário por parte das organizações (Chora & Correia, 2022). Os autores referem ainda que o processo de acreditação deve ser proactivo e prospetivo. Este inclui requisitos e padrões predeterminados sustentados na evidência científica, e com base em métricas padronizadas realizar a avaliação, obtendo assim resultados para recomendar possíveis melhorias e atribuir um nível de qualidade da instituição de saúde (WHO, 2022).

A certificação é um outro processo de avaliação das instituições de saúde que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este consiste na emissão de um certificado através de uma avaliação e auditoria externa realizada por uma entidade independente (Campos & Antunes, 2022) que verifica o cumprimento de requisitos específicos que se encontram detalhados na norma de referência aplicável (Esteves & Pinto, 2021).

Para além destes processos, existe também outra ferramenta de avaliação e melhoria da qualidade que é a auditoria clínica. Esta consiste numa (...) “análise criteriosa, estruturada, sistemática e continuada em que os pares investigam se os cuidados prestados vão ao encontro

da melhor “evidência” disponível, se os procedimentos realizados estão alinhados com o que é aceite como sendo as melhores opções e práticas assistenciais” (Rodrigues, 2022, p. 11).

Estando a qualidade e a segurança interligadas, a gestão da qualidade providencia prestação de cuidados de saúde de excelência aos doentes, tendo em conta a sua segurança e minimizando incidentes (Esteves & Pinto, 2021).

Existem diversos fatores que podem contribuir para a ocorrência de incidentes, colocando assim em causa a segurança do doente. Desta forma, é fundamental intervir e prevenir melhorando assim a segurança do doente (Esteves & Pinto, 2021). Atualmente a qualidade na saúde engloba a efetividade, a satisfação do doente e a segurança do mesmo (Fragata, 2011).

2.2. Segurança do doente

A segurança do doente tem sido uma temática muito interessante, ao longo dos anos, por parte dos países, organizações de saúde e de investigadores.

Atualmente uma das grandes preocupações e desafios da saúde pública a nível mundial são os danos causados ao doente através de cuidados de saúde inseguros prestados, podendo estes causar a morte ou incapacidade ao doente (WHO, 2021).

Em 1999, surgiu um relatório publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, que estimou, que 44000 a 98000 pessoas anualmente morreram nos hospitais americanos, por erros médicos que poderiam ser evitáveis (Institute of Medicine, 2000). Este relatório foi um marco importante, na área da melhoria da qualidade dos sistemas de saúde assim como na segurança do doente.

Nos dias que correm, um dos grandes desafios da saúde pública são os danos que são causados aos doentes através de incidentes relacionados com os cuidados de saúde prestados, podendo levar à morte ou incapacidade dos doentes, assim como ao seu sofrimento e da respetiva família. Para além dos danos causados ao doente e à sua família, os incidentes também levam a danos psicológicos e sentimentos de culpa e autocritica por parte dos profissionais de saúde, bem como a um aumento dos custos financeiros e económicos. Estes danos na sua maioria podem ser evitados (OMS, 2023).

Face aos desafios constantes, os ambientes das organizações de saúde podem ser voláteis, incertos, complexos e ambíguos (Paiva et al., 2022). Sendo assim, as organizações de saúde para serem eficientes devem garantir a segurança do doente. Devido à complexidade e imprevisibilidade existente nos cuidados de saúde prestados, estes são mais vulneráveis a ocorrências de incidentes (Barroso et al., 2021).

De acordo com OMS (2023, p. vii), a segurança do doente é definida como um conjunto de (...) "atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que, de forma consistente e sustentável, diminuem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando estes ocorrem".

Segundo WHO em DGS (2011, pp.14-15), a segurança do doente é definida como (...) “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face de conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.”

Semelhante ao que foi referido anteriormente, para o National Health Service (NHS) England & NHS Improvement, em Inglaterra (2019), na segurança do doente não só é importante reduzir o que ocorre mal ou menos bem na prestação de cuidados de saúde ao doente, como também devemos potencializar o que ocorre bem.

De acordo com Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2019), no ano 2015 foi publicado um relatório *Free From Harms*, pela National Patient Safety Foundation, onde faz recomendações para a evolução na área da segurança do doente, nomeadamente: assegurar que os líderes proporcionem uma cultura de segurança; supervisionar e coordenar na área de segurança do doente; criar um conjunto de medidas de segurança que proporcionem resultados consideráveis; proporcionar acréscimo de financiamento para investigação na área da segurança do doente e sua implementação com base na evidência científica; debater a temática de segurança do doente em todo o processo de cuidados; dar apoio a forças de trabalho no âmbito da saúde; realizar parcerias com os doentes e respetiva família de forma a garantir cuidados mais seguros; salvaguardar que a tecnologia utilizada na área da saúde seja segura e aperfeiçoada de maneira a garantir a melhoria na área de segurança do doente.

Para que os hospitais possam ser organizações de saúde que aprendam, é necessária uma forte cultura de segurança. Uma cultura de segurança pode ser definida como um resultado de um conjunto de crenças, valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento seja a nível individual seja a nível de grupo, que vão determinar o engajamento da organização na área da qualidade e na segurança do doente. Esta forte cultura de segurança permite aos hospitais apresentarem comunicações sustentadas em confiança mútua, e partilha de conhecimentos na área da segurança do doente (Joint Commission, 2024).

De acordo com as recomendações realizadas pela OMS e o Conselho da União Europeia, as organizações de saúde devem criar internamente planos de formação graduada e pós-

graduada e contínua, para promover a aprendizagem e competências na melhoria da cultura de segurança do doente (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Segundo a WHO (2021), cerca de 134 milhões de ocorrências de incidentes relacionados com cuidados de saúde prestados têm origem em hospitais de países de baixo e médio rendimento. Calcula-se que em média, um em cada dez doentes podem estar submetidos a incidentes relacionados com os cuidados hospitalares em países de rendimento elevado.

Um dos grandes desafios das organizações de saúde é detetar riscos ou incidentes, assim como detetar possíveis causas que podem levar a danos. Sendo assim, as organizações de saúde devem ter em atenção a segurança do doente, criando um conjunto de normas, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes que possibilitem a redução de risco de incidentes e de danos evitáveis nos cuidados de saúde prestados (WHO, 2021).

2.2.1. Tipos de erros

Na temática da segurança do doente, um incidente é designado por um evento ou condição que pode originar um dano dispensável para o doente. Os incidentes podem surgir de atos propositados ou não propositados. Enquanto o erro pressupõe uma falha da realização de uma ação delineada ou uma evolução incorreta de um plano. Um incidente pode ser designado por quase evento, incidente sem dano e incidente com dano ou evento adverso. Um quase evento significa que o incidente não atingiu o doente. Um incidente sem dano é um evento que alcançou o doente, mas não resultou dano para o mesmo. Quando um evento causa dano ao doente é designado por incidente com dano ou evento adverso (DGS, 2011).

Nas organizações de saúde os quase acidentes surgem como uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria do desempenho dos profissionais de saúde (Jeffs et al., 2012).

Para Reason (2000), o erro humano pode ser visto através de duas abordagens, sendo estas: a abordagem da pessoa e a abordagem do sistema. A abordagem da pessoa refere-se a atos inseguros ou erros do indivíduo, que podem estar associados por exemplo ao esquecimento, falta de atenção e falta de motivação. Enquanto a abordagem do sistema refere que os erros são prováveis pois os humanos são falíveis e estes podem ocorrer em qualquer organização mesmo que estas sejam as melhores. Estes erros podem estar associados às condições de trabalho que cada indivíduo está sujeito.

James Reason, no ano de 1990, propôs um modelo designado por “queijo suíço”. Este modelo tem como finalidade a redução de incidentes em ambientes socioprofissionais complexos salientando e relacionando elementos que podem originar um incidente (Vernaz et al., 2020). Este sistema demonstra que diversas falhas menores podem originar um perigo real.

Na sua representação, cada fatia de queijo simboliza uma barreira de segurança ou de prevenção de um determinado incidente (Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network, s.d.).

Em cada barreira existe fragilidades ou buracos que não são propositados. Estes buracos podem abrir ou fechar de forma aleatória. O que o torna semelhante a um queijo suíço (Perneger, 2005).

As fatias de queijo contêm na sua estrutura buracos. A presença dos buracos nas fatias de queijo não é um problema, mas sim quando os buracos se alinham possibilitando um acidente e colocando em perigo o doente. Estes buracos surgem na barreira de segurança por duas razões, sendo estas as falhas ativas e condições latentes. A sua combinação está quase sempre presente em eventos adversos. As falhas ativas são ações inseguras realizadas por indivíduos que se encontram em contacto direto com o doente ou o sistema. Estes atos inseguros podem ocorrer devido a deslizos, lapsos, falhas, erros e violações processuais. Enquanto as condições latentes são agentes patogénicos residentes no sistema que podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência de um evento adverso. Estas podem ser condições que levam ao erro no trabalho, como por exemplo a pressão do tempo, a falta de recursos humanos, falta de experiência, equipamento inadequado; e falhas duradouras na barreira de segurança (Reason, 2000). Este modelo foi utilizado por diversas organizações com a finalidade de compreender e aprender com eventos adversos a fim de os prevenir.

2.3. Identificação inequívoca

De acordo com Abdellatif et al. (2007), as organizações de saúde têm sido constantemente desafiadas com problemas de segurança do doente. Desta forma a OMS e a União Europeia definiram estratégias, orientações e políticas na área da segurança do doente, levando assim à participação dos países ao nível global (Lebre et al., 2022).

A identificação inequívoca do doente é importante para a segurança do mesmo, durante a prestação de cuidados de saúde, evitando assim erros em diferentes fases de intervenção (Sales et al., 2021).

A identificação incorreta do doente pode originar falhas como por exemplo troca de medicação, erros nas transfusões sanguíneas, assim como na realização de exames complementares de diagnóstico (DGS, 2011) e erros em intervenções cirúrgicas (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015). Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015) antes de qualquer intervenção ao

doente, seja ela relacionada com o diagnóstico, tratamento e/ou prestação de serviços de apoio, os profissionais de saúde devem assegurar uma identificação inequívoca do doente. Em 2011, a DGS emitiu a orientação nº 018/2011 que sugere que os serviços de saúde devem confirmar sempre a identidade dos doentes e esta devendo a mesma ser feita através de pulseira (DGS, 2011). De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015), os serviços de saúde devem assegurar que, a identidade dos doentes seja fidedigna, ou seja, confirmar o nome correto, a data de nascimento, o número único de processo clínico na instituição, garantindo assim uma prática segura. Sendo que não deve ser utilizado como dado fidedigno o número do quarto ou da cama do doente que se encontra internado numa instituição de saúde.

Tendo em conta o estudo realizado por Almeida (2016), a maioria dos enfermeiros desconhecem os dados referentes à correta identificação do doente, pois alguns dos participantes mencionaram como dado de identificação inequívoca do doente o número da cama.

Para Sales et al. (2021), no momento da admissão, o doente ou o seu familiar/representante deve realizar um primeiro contacto com os serviços administrativos, de modo a recolher e/ou confirmar os dados identificativos do doente apresentando o documento de identidade. Deve ser recolhido/confirmado o seu nome completo, data de nascimento, número de utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), morada e número de telefone. Segundo as orientações da DGS (2011), a pulseira de identificação do doente deve ser colocada no pulso dominante do mesmo, e se não for possível o profissional de saúde deve identificar o local mais adequado para colocar a pulseira de identificação.

Existem exceções para o uso da pulseira de identificação, nomeadamente em doente em regime de ambulatório, doentes psiquiátricos com internamento crónico e em doentes com situações clínicas a nível dermatológico, como por exemplo doentes com queimaduras em que não é possível colocar a pulseira de identificação, neste caso, o profissional de saúde deve colocar a pulseira de identificação noutro local do corpo do doente ou junto à unidade do doente (Sales et al., 2021), ou colocar a pulseira numa peça de roupa que o doente veste (DGS, 2011).

De acordo com DGS (2011), se a pulseira de identificação do doente ficar danificada e ilegível, esta deve ser substituída assim que possível.

Para a Australian Commission for Safety and Quality in Health Care (2010), as pulseiras de identificação são um instrumento essencial que podem evitar erros inerentes aos cuidados prestados aos doentes. Estas devem conter informações fundamentais de identificação do doente, e deve ser usada durante a sua estadia nos serviços de saúde. O mesmo autor refere que

existem determinadas características e requisitos para pulseiras de identificação dos doentes. Estas devem ter em conta os contextos específicos dos doentes como das instituições e devem ter em conta a cor, tamanho, conforto da pulseira e se é de fácil utilização, sistema de identificação do doente (se é de leitura fácil, com durabilidade e que não se desgaste durante a permanência do doente), se a informação se encontra apresentada (se os dados do doente estão registados de forma clara e inequívoca no espaço disponível da pulseira) e ter em conta a nova tecnologia.

Também a DGS (2011, p. 2), refere que a pulseira de identificação deve ter as seguintes características: 1) (...) “As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente; 2) O material que as compõe deve ser anti alérgico e inócuo para o doente; 3) As pulseiras devem ser flexíveis e cómodas, sem arestas ou bordos cortantes, resistente à água, resistente à tensão e resistente ao calor; 4) As pulseiras devem poder suportar a informação de identificação fidedigna em letra de tamanho 12 ou superior em fonte comum, em tinta resistente e de cor preta; 5) As pulseiras devem ser de tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável; 6) As pulseiras não devem ser reutilizáveis e devem cumprir as normas relativas à proteção do ambiente.”

A DGS (2011), refere ainda que doentes que se encontram em internamento hospitalar e internamento em unidade de cuidados continuados de longa duração, em hospital de dia, em realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, em cirurgia de ambulatório e em atendimento em urgências, devem usar a pulseira de identificação do doente.

Durante a prestação dos cuidados, o doente deve usar a pulseira de identificação, cabendo aos profissionais de saúde recorrer à mesma (Sales et al., 2021), certificando assim se estão a prestar cuidados à pessoa certa, ou seja, confirmar a identidade em pelo menos dois dados inequívocos do doente antes de qualquer intervenção, nomeadamente o nome completo do doente, a sua data de nascimento e o número do processo clínico na instituição de saúde. Confirmar sempre a identidade do doente e garantir que é o próprio, pois os profissionais de saúde deveram ter consciência que ao pedir a confirmação da identidade, o doente pode responder afirmativamente por ansiedade, limitação auditiva, por confusão, ou outros fatores (DGS, 2011). É fundamental que os profissionais de saúde tenham em conta a vontade do doente como o seu representante legal, podendo estes recusarem a colocação da pulseira de identificação do doente (Sales et al., 2021). Cabe aos profissionais de saúde explicar ao doente a importância do uso da pulseira de identificação e pedir a sua colaboração (DGS, 2011) e explicar os riscos associados à sua não utilização (Sales et al., 2021), pois esta para além de ser um equipamento de segurança, permite minimizar situações de risco (DGS, 2011). Mesmo que o doente use a pulseira de identificação, o profissional de saúde não deve deixar a identificação

verbal, sendo a pulseira um meio complementar de uma identificação segura do doente (DGS, 2011).

Para a autora Almeida (2016), o uso da pulseira de identificação já faz parte das rotinas dos serviços, o que se verificou foi que não existe uma confirmação dos dados de identificação do doente antes dos procedimentos e não tiveram em atenção que este é um recurso de prevenção a eventos adversos.

É fundamental que, para uma identificação inequívoca do doente, os profissionais de saúde devem realizar a confirmação da identidade de doente que já conheçam, de maneira a garantir que os cuidados são prestados ao doente certo (Sales et al., 2021).

De acordo com Abdellatif et al. (2007), existem barreiras na implementação de estratégias para uma identificação inequívoca do doente, nomeadamente na dificuldade que surge na mudança de comportamento individual do profissional de saúde para que este cumpra as orientações; diferentes processos entre instituições de saúde dentro e fora da área geográfica; a carga de trabalho dos profissionais de saúde e o tempo de atendimento do doente; erros na inserção dos dados de identificação nos sistemas informáticos; questões culturais relacionadas com o utente.

As organizações de saúde devem disponibilizar e implementar procedimentos de boas práticas de uma correta identificação do doente, envolvendo os profissionais de saúde assim como os doentes (Sales et al., 2021).

Uma das metas mencionada no Plano Nacional para a Segurança do doente (PNSD), é que "95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas seguras da identificação dos doentes". No estudo sobre a avaliação da cultura de segurança realizada nas instituições de saúde nacionais, nos anos pares entre 2014-2020, verificou-se que existiu uma evolução positiva pois 91,7% das organizações de saúde apresentam estratégias implementadas sobre a identificação inequívoca do doente. Mas também foi visível uma descida de notificações relacionadas com a identificação do doente, tendo em conta a variação resultante da oscilação do número de organizações que responderam ao questionário, durante o período do estudo (Lebre et al., 2022).

2.4. Comunicação em saúde

A comunicação é essencial na prestação de cuidados de saúde, tornando-se assim um desafio para que a mesma seja segura e eficaz (Caldas & Gomes, 2021), assim sendo as organizações de saúde devem implementar procedimentos que assegurem uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, evitando incidentes para o doente e garantido a segurança do mesmo

(Diário da República, 2015). A comunicação e as tecnologias de informação são fundamentais para as organizações de saúde, assim como para os serviços da mesma e os seus profissionais de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015).

Na área da saúde, a comunicação é um processo cíclico e contínuo, em que deve ser frequentemente planeado, implementado, monitorizado, avaliado e aperfeiçoado, pois assim podemos melhorar e adaptarmos à mudança ambiental e aprendizagem organizacional (DGS, 2023).

Para que exista uma comunicação eficaz é essencial que a mensagem transmitida entre um emissor e um recetor seja transmitida atempadamente, precisa, completa, clara e compreendida, tendo em conta que a transmissão de informação pode ser realizada de forma verbal ou escrita, via presencial, eletrónica e por via telefónica. Existem diferentes maneiras de falhas de comunicação, nomeadamente ausência de comunicação, uma comunicação errada ou incompleta, e diferentes formas de compressão da mensagem transmitida. Sendo assim, de forma a reduzir as falhas de comunicação é fundamental uma comunicação eficaz (Caldas & Gomes, 2021).

De acordo com o Melo et al. (2022, p.14), (...) “o alinhamento de todos os intervenientes com o propósito comum, partilhando princípios, objetivos, motivação e recursos de forma integrada é determinante para uma comunicação eficaz.”

Joint Commission citado por O'Daniel e Rosenstein, (2008) refere que para existir uma prática clínica eficaz, as informações transmitidas devem ser comunicadas com rigor. Para tal, é fundamental que as equipas cooperem entre si, pois quando não existe uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, a segurança do doente pode ficar em causa devido à escassez de informações, interpretações erradas da informação transmitida, indicações pouco claras via telefónica (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

Segundo Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2020), um dos fatores que conduzem a eventos adversos evitáveis, são as falhas na comunicação. É através da evidência científica, que os profissionais adquirem e consolidam competências de comunicação eficazes e promovem o trabalho em equipa, sendo assim, é necessário formar os profissionais de saúde e realizar uma avaliação sistemática. Estas áreas são essências, pois permitem assegurar práticas seguras e contínuas em ambientes complexos, como é o caso das organizações de saúde.

Posto isto, é essencial que exista uma comunicação eficaz e eficiente entres os profissionais de saúde, neste caso entre os enfermeiros. Para isso, é importante a CR entre profissionais de saúde.

2.4.1. Coordenação relacional

Na gestão estratégica de recursos humanos, o desempenho organizacional é importante, pois depende da coordenação dos funcionários (Gittell et al., 2009).

A teoria da CR foi desenvolvida em 1990, através de um estudo realizado no setor aéreo (Bolton et al., 2021). Para Gittell e Ali (2021), esta teoria aborda a importância da relação e interação entre os profissionais no exercício das suas funções, e dependendo destas dinâmicas o desempenho da organização pode ser forte ou franco. Sendo assim, as organizações devem estar despertas e atentas a estas dinâmicas de forma a alinhar as suas práticas de gestão diárias promovendo uma coordenação eficaz e melhorar o seu desempenho. A teoria da CR, relaciona aptidões e conhecimentos dos colaboradores para originar valor, possibilitando soluções de alto nível ou *Win-Win* (Gittel, 2016).

Segundo Havens et al. (2010), os hospitais são organizações de saúde complexas. Nestes trabalham diversos profissionais de saúde que trabalham em conjunto de forma a prestar cuidados de saúde aos utentes. Este ambiente pode levar a confusões, erros e atrasos, por isso é fundamental garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao utente.

O aumento da complexidade, especialização e interdependência do trabalho, faz com que exista coordenação entre funções, especialidades, organizações e setores. Como consequência, os resultados de desempenho pretendidos serão alcançados. Esta teoria refere que os relacionamentos devem ser definidos por objetivos e conhecimentos partilhados e respeito mútuo, para que exista uma comunicação frequente, oportuna, precisa e que os problemas sejam resolvidos permitindo assim que a coordenação do trabalho seja eficaz das partes interessadas (Bolton et al., 2021).

Para Gittell (2016) a CR estabelece ligação entre as competências e saberes dos profissionais, criando valor e soluções bem-sucedidas e com benefício para os mesmos. Assim sendo, existe uma ligação entre comunicação e relacionamentos, que origina uma interação entre os profissionais nas suas atividades como um todo. É fundamental que os participantes trabalhem a comunicação para a resolução de problemas, pois permite reconhecer e experimentar possíveis soluções para encerrar lacunas entre o resultado atual e o resultado pretendido. Para Gittell (2006), uma comunicação para a resolução de problemas favorece a

adaptação dos indivíduos a imprevisíveis contextos negativos e de forma preparada, sendo fundamental na CR.

Mas se pelo contrário, como refere Gittel e Ali (2021), a coordenação for baseada numa comunicação insuficiente, imprecisa, atrasada e acusatória, e em que os objetivos são apenas funcionais, os conhecimentos e saberes dos profissionais são exclusivos e onde existe falta de respeito leva à redução de valor e da eficácia das organizações, não permitindo que as mesmas alcancem os resultados pretendidos.

Para os autores Van Maanen e Barley (1984), citado por Bolton et al. (2021), a CR é fortalecida também através do respeito mútuo dos profissionais, ou seja, o respeito pelo trabalho, valorizando as contribuições de cada um e o impacto que as suas ações podem ter, para obter os resultados desejados.

Segundo o autor Deming, quando existe uma forte CR entre os profissionais que no trabalho desempenham funções diferentes, a gestão de tarefas interdependentes é mais espontânea e eficaz, pois reduz os lapsos, erros ou atrasos, permitindo alcançar os resultados desejados (Bolton et al., 2021).

2.4.2. Comunicação na transição dos cuidados

O indivíduo ao longo da sua vida, pode necessitar de cuidados de saúde, sendo estes prestados por vários profissionais de saúde e múltiplos especialistas que trabalham por turnos, sejam a nível de cuidados de saúde primários, cuidados domiciliários, cuidados hospitalares e cuidados de emergência. Para além disso, o utente também transita regularmente entre diversas áreas de diagnóstico e de prestação de cuidados. Estes fatores podem originar riscos para a segurança do utente (Abdellatif et al., 2007). A transferência de cuidados de saúde é definida como um processo de transferência de informação e de responsabilidade de cuidados ao utente entre os profissionais de saúde, em qualquer momento da prestação de cuidados (DGS, 2017). Neste processo de transferência clínica, nomeadamente na transição de turno, é fundamental garantir a continuidade dos cuidados prestados ao utente de forma eficiente e segura (Lyons et al., 2010).

Uma comunicação ineficaz pode levar a falhas na segurança do doente, e como consequência causar danos ao paciente e/ou morte. De acordo com a Fundação de Gestão de Risco das Instituições Médicas de Harvard, nos Estados Unidos, nos hospitais e nos consultórios médicos as falhas de comunicação originaram cerca de 30% das reclamações por negligência médica, tendo como consequência 1.744 mortes e 1,7 mil milhões de dólares em custos devido a negligência médica durante cinco anos (Joint Commission International, 2018). Os dados apresentados por Joint Commission International (2018) referem que as transferências

inadequadas são a causa de cerca de 80% de todos os eventos adversos, nomeadamente realização de cirurgias em sítios incorretos, procedimentos errados ou utente incorreto; demoras nos tratamentos; erros na administração da medicação; e quedas. Menciona ainda que existe fatores que favorecem uma transferência inadequada, tais como: uma avaliação do utente incompleta; uma cultura de segurança do utente que não inclui uma comunicação aberta entre a equipa; caligrafias ilegíveis; abreviaturas que causam confusão na sua interpretação; carência de procedimentos padronizados numa organização relacionado com uma transferência eficaz dos cuidados ao utente. A nível nacional, num estudo realizado em 2012, verificou-se que 50% dos acontecimentos apresentavam ausência de comunicação eficaz na continuidade dos cuidados de saúde entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).

O PNSD 2015-2020, define nove objetivos estratégicos no que respeita às boas práticas para a segurança do utente, um dos objetivos faz referência ao aumento da segurança da comunicação (DGS, 2015). Desta forma, a DGS em 2017, publicou uma norma que refere que para uma transição de cuidados entre as equipas deve ser utilizada uma técnica padronizada de forma a promover a segurança do utente através de uma comunicação em saúde eficaz. Essa técnica é denominada como técnica *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR). Este modelo é sugerido por diversas organizações de saúde por ser uma técnica de comunicação de informação simples, clara e precisa, de fácil memorização por parte dos profissionais de saúde e pode ser replicada em contextos diferentes. Ajuda também na tomada de decisão de forma rápida, proporcionando o pensamento crítico por parte dos profissionais de saúde, assim como a redução de tempo na transferência de informação relacionada com os cuidados ao utente (DGS, 2017). A técnica de ISBAR é baseado no modelo de *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR). Esta mnemónica SBAR foi desenvolvida em ambiente de alto risco para garantir uma comunicação eficaz, tais como nos submarinos nucleares da marinha norte-americana e na aviação (Caldas & Gomes, 2021). Existem diversos contextos no qual podemos utilizar a técnica de ISBAR, nomeadamente em mudança de turnos, transferências intra e inter-hospitalares, relatórios, emergências médicas, utentes com alta clínica para serviços comunitários. Deste modo, para garantir a segurança dos utentes através de boas práticas de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados, cabe às organizações de saúde assim como às escolas de saúde investir na formação e educação dos profissionais de saúde e dos estudantes de saúde (Burgess, et al., 2020).

Sendo assim, a DGS (2017), descreve os elementos e os dados relacionados no modelo de ISBAR, que são representados na Tabela 1.

Tabela 1 - Modelo explicativo da técnica ISBAR (DGS, 2017)

Mnemónica ISBAR	
I – Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S - Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B - Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A – Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R – Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Joint Commission (2017) menciona que nas organizações de saúde existem diversos ambientes de prestação de cuidados no qual apresenta desafios e problemas relacionados com as transferências. Posto isto, as organizações de saúde devem apresentar métodos de identificação de falhas e/ou barreiras de comunicação na transferência de cuidados, pois só assim conseguem melhorar o seu desempenho. Consequentemente, o mesmo autor sugere ações para reduzir e prevenir uma comunicação ineficaz na transferência de cuidados incorreta. Sendo estas: 1) A transferência pode ser verbal, preferencialmente cara a cara, ou por escrita. Se não for possível uma comunicação presencial, esta deve ser realizada em tempo real, por via telefónica; 2) A comunicação de transferência de cuidados deve ser realizada em locais livres

de interrupções não emergentes; 3) deve ser realizada em horário específico; 4) Deve incluir os membros da equipa; 5) A comunicação de transferência de cuidados para além de se receber informação é também um momento de partilha de informação, onde deve existir tempo para colocar e responder a perguntas, assim como consultar e discutir informações. Para a DGS (2017), a informação transmitida na transição de cuidados escrita deve ser clara e legível. Além do que foi descrito, Abdellatif et al. (2007), refere que para uma comunicação eficaz na transferência de cuidados, a informação fornecida deve conter o estado clínico do doente, medicamentos, o plano de tratamento, diretivas ou alterações do estado clínico do doente.

Tendo em conta as referências internacionais e nacionais sobre as ações em ter em conta na redução e prevenção de uma comunicação ineficaz, foram também realizados estudos sobre a transição dos cuidados onde se verificou que para além dos métodos utilizados, existe barreiras e limitações na transição dos cuidados. Segundo os autores Webster et al. (2022), existem fatores que influenciam de uma forma direta o trabalho da equipa, nomeadamente o ambiente interno, referente ao espaço físico onde os profissionais realizam a transição dos cuidados, esses fatores são por exemplo o ruído, iluminação, entre outros. Esse ruído pode ser produzido por outros profissionais de saúde assim como por equipamentos (chamadas telefónicas, equipamentos eletrónicos). Podemos também verificar no artigo de Riesenber et al. (2010), diversas barreiras que afetam a transferência dos cuidados, nomeadamente problemas na comunicação, como por exemplo discurso desorganizado; interrupções devido a conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados; omissão de informação ou informação incompleta; lapsos de atenção, entre outros. Para os autores Sørensen e Brahe (2014), os alarmes também pode ser facto de interrupção de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados.

Tendo em conta as barreiras à comunicação na transição dos cuidados anteriormente referidas, é fundamental identificá-las, pois assim podemos prevenir uma comunicação ineficaz.

CAPÍTULO 3

Metodologia

3.1. Método

A investigação científica procura solucionar problemas relacionados com conhecimentos em áreas do nosso dia-a-dia, ou seja, estuda acontecimentos de forma a obter respostas às questões de investigação (Fortin, 2009).

De modo a dar resposta aos objetivos deste estudo que são avaliar a perceção dos enfermeiros de um serviço de internamento de medicina, relativamente à importância da comunicação na identificação inequívoca do doente; observar as práticas dos enfermeiros na comunicação eficaz para a identificação inequívoca com base nas normas nacionais e internacionais referentes à temática; identificar pontos fortes e pontos fracos das práticas dos enfermeiros relativa à comunicação eficaz para a identificação inequívoca do doente; definir estratégias de melhoria para uma comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, realizou-se um estudo de caso observacional e transversal.

Um estudo de caso é definido como uma profunda investigação a um indivíduo, a uma família, a um grupo ou uma organização (Fortin, 2009), e são utilizados para estudar algum evento ou conjuntos de eventos (Yin, 2018). Relativamente às dimensões temporais, os estudos transversais são definidos como estudos em que as medições são realizadas num momento único (Hulley et al., 2008).

Para a realização deste projeto, utilizou-se uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa. Fortin (2009, p.22) refere que “o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis...tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.” Relativamente ao método de investigação qualitativa, a mesma autora refere que o investigador pretende compreender de forma completa e extensa o evento que pretende estudar.

3.2. Técnicas de recolha de dados

Para o presente estudo aplicou-se a técnica de recolha de dados de fonte terciária, ou seja, dados já existentes, não próprios, e públicos. Desta forma, os instrumentos utilizados neste estudo foram questionários e grelhas de observação.

Numa primeira fase, foi utilizado um questionário sobre identificação do doente em contexto hospitalar, tendo como fonte um artigo científico da autora Almeida (2016), em que foi realizado previamente o pedido de autorização à autora para utilização do questionário (Anexo C). Este questionário permite conhecer a perceção que os enfermeiros têm relativamente à temática da identificação inequívoca do doente e como esta pode influenciar a segurança do doente assim como a qualidade dos cuidados prestados em saúde e com estes resultados refletir e analisar os pontos fortes e os pontos a melhorar (Anexo H). O mesmo é composto por três partes, em que a primeira parte consiste em perguntas fechadas de forma a conhecer a amostra tendo em conta o contexto sociodemográfico. A segunda e terceira parte consiste em 58 perguntas fechadas onde é utilizada a escala de *Likert*, em que na segunda parte é utilizado o grau de frequência de realização e na terceira parte é utilizado o grau de concordância. Almeida (2016) realizou um pré-teste para verificar a clareza das questões, evitando dúvidas no seu preenchimento, e posteriormente aplicou o cálculo do *Alpha* de *Cronbach*. Este cálculo foi desenvolvido por Cronbach, que refere que uma pesquisa assente em mediação deverá ter atenção à precisão ou confiabilidade da medição, ou seja, permite verificar a consistência interna de um teste (Cronbach, 1951). O coeficiente de confiabilidade assume valores que variam entre zero e um (Doval et al., 2023), e quanto mais próximo estiver de um, pode-se dizer que o teste é altamente fiel pois produz menos erros (Fortin, 2009). Os autores Hill e Hill (2012) apresentam uma escala de referência proximal de avaliação do valor de fiabilidade: maior que 0,9 é excelente; entre 0,8 e 0,9 é bom; entre 0,7 e 0,8 é razoável; entre 0,6 e 0,7 é fraco; e abaixo de 0,6 é inaceitável. Tendo em conta o que foi abordado pode-se constatar que o questionário de pré-teste da autora Almeida, obteve um valor de 0,8, sendo um bom valor (Almeida, 2016).

Para os autores Campenhoudt, Marquet e Quivy (2021), antes de se aplicar os questionários, este deve ser testado, ou seja, deverá ser solicitado a um reduzido número de indivíduos que pertencem à categoria do público-alvo do estudo, mas diferente dos que constituem a amostra. Desta forma, foi realizado teste piloto a dois indivíduos permitindo assim a deteção de questões pouco claras ou ambíguas de modo a reformular essas questões.

O segundo questionário utilizado tem como fonte um artigo científico público da autora Gittell (2016) sobre a coordenação relacional (Anexo I). Com este questionário, podemos analisar a comunicação eficaz entre os colegas da mesma categoria profissional. Também neste questionário foi aplicado um teste piloto a dois indivíduos.

Ambos os questionários foram fornecidos aos participantes de forma on-line, através da plataforma do *google forms*.

Numa segunda etapa, de técnica de recolha de dados foi utilizada grelhas de observação. Estas permitem, em contexto real, compreender os comportamentos dos indivíduos (Gonçalves et al., 2021). Tendo em conta o presente estudo, foi utilizada uma grelha de observação da praxis dos enfermeiros, sobre a temática da identificação inequívoca do doente, sendo esta grelha de observação adaptada do artigo científico da autora Almeida (2016), que teve como base o instrumento de observação para a campanha da higiene das mãos, sugerido pela OMS (Anexo J). Assim sendo, foi realizado previamente o pedido de autorização à autora para utilização do mesmo. O guião de observação foi testado durante um período de quatro horas, de maneira a verificar se o guião de observação era claro e fácil de preencher. Posteriormente para a realização das observações foi realizado um pedido de consentimento tanto aos profissionais em estudo como aos doentes. Estas observações foram realizadas pela investigadora do presente estudo durante duas semanas em dois turnos dos enfermeiros em estudo, o turno da manhã e o turno da tarde.

E a segunda grelha de observação irá ser sobre a técnica de ISBAR tendo como fonte a norma da DGS (2017) e da qual foi adaptada, utilizando referências como Joint Commission (2017); Webster, et al. (2022); Riesenbergl, et al. (2010); Sørensen e Brahe (2013), de forma a verificar uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e identificando barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno (Anexo K). Tal como a grelha de observação anterior, foi realizado o pedido de consentimento aos participantes e também foi testada num período de duas passagens de turno dos enfermeiros de forma a verificar a clareza e o fácil preenchimento deste instrumento.

3.3. População e amostra

Num estudo a população é definida como um conjunto de pessoas, grupos ou objetos que apresentam características em comum que são definidas num estudo através dos seus critérios (Fortin, 2009). Sendo assim, no presente estudo, a população é constituída pelos enfermeiros de um serviço de medicina de uma ULS da grande área LVT, sendo um total de 24 enfermeiros.

A amostra é um subconjunto de elementos que serão convidados a participar no estudo. Esta será retirada da população alvo (Fortin, 2009). Este estudo definiu como amostra a sua população, ou seja, serão convidados a participar no estudo os 23 enfermeiros pertencentes ao serviço de medicina de uma ULS da grande área de LVT.

Este projeto de investigação teve como processo de amostragem a técnica não probabilística por conveniência.

3.4. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão deste projeto são:

- Enfermeiros a exercer funções no serviço de Medicina da ULS da grande área LVT;
- Enfermeiros que aceitem participar voluntariamente neste projeto.

3.5. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão neste projeto são:

- Enfermeiros em integração;
- Enfermeiros com menos de três meses de exercício profissional;
- Uma parte do questionário não estar preenchida;
- Questionário com uma parte preenchida de modo igual.

3.6. Variáveis do projeto

Num projeto de investigação existem as variáveis que são definidas como um conjunto de qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos ou situações que queremos estudar (Fortin, 2009). As variáveis que foram recolhidas neste estudo são: idade, sexo, tempo de experiência profissional, tempo de experiência no atual serviço, formação Profissional, formação académica, se alguma vez participou em formações sobre a segurança do doente, e se sim, se nessa formação foi abordado o tema da identificação inequívoca do doente.

3.7. Considerações éticas

A investigação científica deve ser assente em boas práticas e princípios de integridade que guia os investigadores ao longo da sua investigação, tendo em atenção os desafios que surgem, nomeadamente, práticos, éticos e intelectuais (ALLEA, 2024). Para a autora Fortin (2009), qualquer estudo de investigação pode levar a questões de ética e de moral, uma vez que pode levar a danos dos direitos e liberdade dos indivíduos.

Os princípios definidos por ALLEA (2024) são: Fiabilidade, garantindo a qualidade do estudo de investigação; Honestidade, durante a realização da investigação, assim como na transparência de comunicação; Respeito pelos investigadores, mas também pelos participantes num projeto de investigação, pela sociedade, pela cultura e pelo ambiente; Responsabilidade na investigação, desde o primeiro momento que surge a ideia de investigação até à sua finalização, bem como o impacto que a investigação pode originar.

Desta forma, o questionário aplicado foi de carácter anónimo, e a pessoa foi livre de decidir se queria ou não participar na investigação.

Para a realização deste estudo e para a aplicação dos questionários e dos guiões de observação foi pedido consentimento à respetiva Comissão de Ética e Conselho de Administração da Direção da ULS da grande área LVT, assim como à chefia do serviço onde este projeto foi aplicado, que posteriormente deram o seu parecer favorável (Anexo A e Anexo B).

Também foi solicitado o consentimento aos participantes, nomeadamente enfermeiros, doentes/representante legal, respeitando o anonimato e confidencialidade (Anexo D e Anexo E), assim como o consentimento informado de tratamento de dados pessoais aos participantes (Anexo F e Anexo G). Os participantes foram livres de decidir se queriam ou não participar na investigação e os mesmos puderam desistir a qualquer momento da sua participação no estudo. Acresce que foi cumprida a confidencialidade dos dados, pois os nomes dos participantes em momento algum foram revelados.

Este estudo foi submetido ao Centro de Investigação, Comissão de Ética e Conselho de Administração da respetiva ULS da grande área de LVT.

3.8. Técnica de tratamento de dados

Os dados obtidos neste estudo foram armazenados e tratados estatisticamente no programa *Microsoft Excel*. Numa segunda fase do projeto, foram realizadas observações da praxis dos enfermeiros, através de dois guiões de observação, sobre a temática da identificação inequívoca do doente e comunicação eficaz na área da segurança do doente. Estes dados também foram posteriormente armazenados e tratados no programa *Microsoft Excel*.

Diagnóstico

4.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde

O presente estudo foi realizado num serviço de medicina de uma ULS na grande área de LVT. Esta entidade pública pertence ao SNS no qual agrega instituições de cuidados de saúde prestados pelos Centros de Saúde e pelos hospitais. As ULS foram criadas para responder às necessidades crescentes de saúde e bem-estar da população, uma vez que existe um aumento do envelhecimento populacional, um aumento de doenças crónicas, bem como um aumento das expectativas dos indivíduos (Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, 2023), e para garantir a qualidade, eficiência e equidade dos cuidados prestados e centrados na pessoa (Raposo & Ferreira, 2022).

A junção dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com centros hospitalares e hospitais, formando o modelo de ULS, veio dar resposta ao SNS, de maneira a simplificar processos, articulando eficazmente as diferentes equipas, centrando os cuidados na pessoa. Esta junção permitiu aumentar a autonomia na gestão, melhorando a participação dos indivíduos, das comunidades, dos profissionais de saúde e das autarquias, aumentando a equidade aos serviços de saúde e a qualidade dos cuidados prestados (Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

O hospital pertencente à ULS na grande área LVT, dá apoio à população de uma determinada zona e responde às necessidades da mesma, prestando cuidados diferenciados tendo em conta a qualidade e eficiência, abrangendo serviços de meios complementares de diagnóstico, consultas externas, serviços de internamento de diversas especialidades cirúrgicas e médicas, entre elas a medicina.

Nesta ULS é visível a preocupação contínua na formação dos profissionais, disponibilizando ações de formação e cursos nas diversas áreas, nomeadamente na segurança do doente.

A ULS em que o estudo foi elaborado apresenta um gabinete da segurança do doente, que tem como objetivo detetar, prevenir e controlar fatores de risco, de maneira a promover práticas seguras e com base em evidência científica. A equipa que constitui o gabinete de investigação promove também ações de formação e campanhas de sensibilização para os profissionais de saúde desta instituição, assim como para os cidadãos, doente e respetiva família.

4.2. Caracterização do serviço de medicina

O serviço de medicina onde o presente estudo foi desenvolvido é composto por uma enfermeira chefe e por 24 enfermeiros no qual 23 enfermeiros aceitaram participar neste estudo. Podemos verificar que os serviços apresentam alguma rotatividade de elementos ao nível de categorias profissionais. Este fator é um desafio para o serviço, líder, elementos dinamizadores e responsáveis de equipas, para promover a segurança do doente, aumentando assim a cultura de segurança do serviço.

Neste serviço são implementadas medidas sobre a segurança do doente, entre elas a identificação inequívoca do doente através das pulseiras de identificação e a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, nomeadamente na transição dos cuidados do doente, na passagem de turno utilizando a técnica de ISBAR.

É evidente a interação dos enfermeiros, uns com os outros, com outros profissionais de saúde, com outros serviços ou outras organizações de saúde, como as intervenções independentes ou interdependentes dos enfermeiros, desta forma é fundamental que os profissionais de saúde estejam consciencializados sobre a importância da segurança do doente, nomeadamente numa comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente. Sendo assim, é essencial uma correta identificação do doente com pelo menos dois dados fidedignos como são referidos na revisão de literatura efetuada neste estudo, evitando assim possíveis danos para o doente e/ou família.

É importante referir também que este serviço apresenta doentes na sua média idosos, com patologias variadas, sejam estas crónicas e/ou agudas, sendo que diversas vezes, o seu estado de consciência encontra-se alterado, ou apresenta doentes com alguma limitação na linguagem, seja esta derivada de problemas de saúde ou devido a barreiras linguísticas.

Tendo em conta as áreas prioritárias de intervenção por parte da DGS, nos serviços existem elementos dinamizadores ou elos de ligação que ajudam na melhoria da qualidade e segurança do doente. Estes dinamizadores têm como objetivo melhorar a segurança do doente através de ações de formação, promovendo práticas mais seguras; e de auditorias internas realizadas. Sendo que posteriormente são divulgados resultados de auditorias internas, de maneira a promover a aprendizagem dos profissionais de saúde e melhorando os cuidados de saúde prestados pelos mesmos ao doente. Como consequência, existe um aumento de cultura de segurança nos serviços e nas organizações de saúde.

4.3. Resultados

Para a realização deste estudo, foram aplicados dois questionários, nomeadamente sobre a identificação do doente em contexto hospitalar e sobre a coordenação relacional. Posteriormente foram utilizadas duas grelhas de observação, particularmente a grelha de observação da identificação inequívoca do doente e a grelha de observação da comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno. Estes instrumentos de recolha de dados foram aplicados a 23 enfermeiros, estando os resultados obtidos apresentados de seguida.

4.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Relativamente aos resultados obtidos no questionário referente à identificação do doente em contexto hospitalar, verificou-se que a maioria dos inquiridos é do sexo feminino (86,96%) (Anexo L: Tabela 2/Gráfico 23) e jovem (65,21%) e possuem idades compreendidas entre 20 e 35 anos, não existindo inquiridos com idades entre os 50 a 55 anos e havendo apenas dois entre os 55 e 65 anos) (Gráfico 1 e Anexo L: Tabela 2).

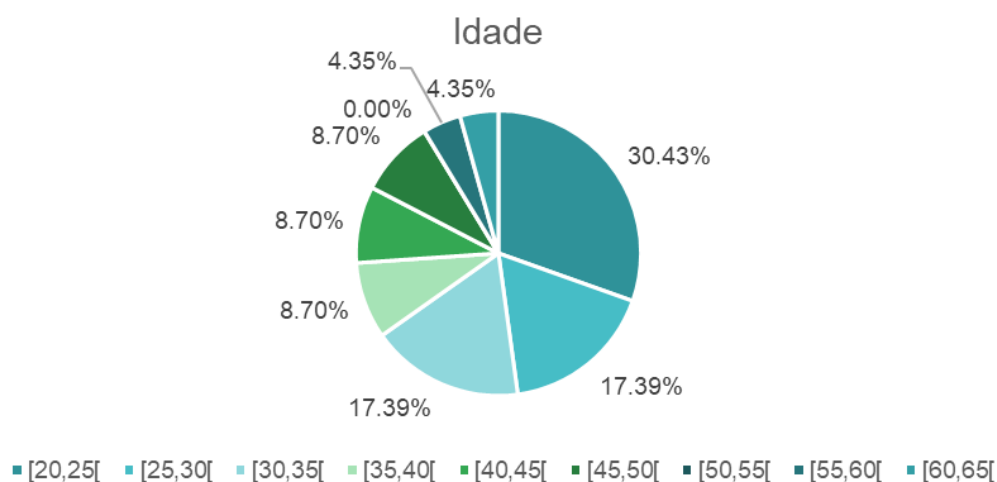


Gráfico 1 - Idade dos participantes (Realizado o questionário a 23 inquiridos).

Sabendo que a maioria dos indivíduos que participaram neste estudo são jovens, estes apresentaram poucos anos de experiência, tanto no que diz respeito à sua experiência profissional (50% têm até oito anos de experiência) como no serviço atual (50% têm até sete anos de experiência). Mais concretamente 34,78% dos inquiridos têm até cinco anos de experiência profissional, seguido de 26,09% com cinco a dez anos de experiência. Os participantes que apresentaram mais tempo de experiência possuíam uma idade superior, destacando-se o indivíduo de 61 anos com 33 anos de experiência profissional e 31 anos no serviço atual, seguido do participante de 58 anos com 30 anos de experiência profissional e 28 anos no serviço atual. Salienta-se ainda que 30,43% dos inquiridos adquiriram experiência

noutros serviços antes de integrarem o atual serviço (Anexo L: Tabela 4/Gráfico 24 e Tabela 5/Gráfico 25).

Quanto à formação académica superior mais recente, evidencia-se que 95,65% dos participantes são licenciados e apenas um é mestre, sendo que este último também possui a especialidade (Anexo L: Tabela 6 e Tabela 7).

Adicionalmente, questionou-se se tiveram ações de formação sobre a segurança do doente, tendo 82,61% participado. Apesar do exposto, 21,05% dos inquiridos que tiveram ações de formação não abordaram o tema da identificação inequívoca do doente. Esta percentagem aumenta ao considerarmos que 17,39% dos inquiridos não tiveram ações de formação sobre segurança do doente. Nesse sentido, embora nos últimos tempos se tenha promovido a consciencialização dos profissionais para esta temática, 34,78% inquiridos não tiveram ações de formação que abordassem o tema em estudo (Gráfico 2).

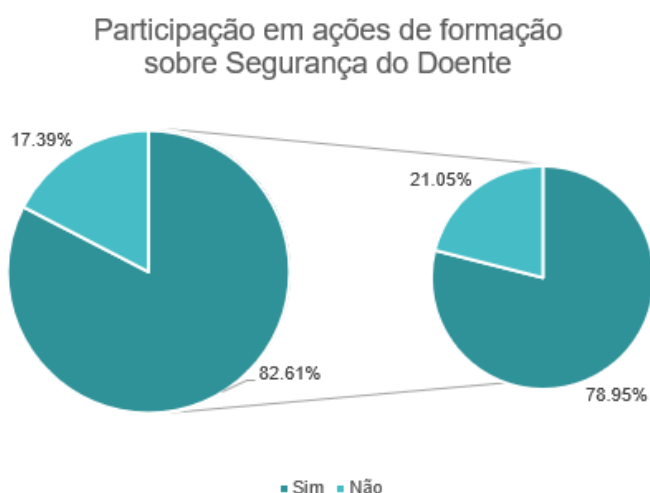


Gráfico 2 - Participação em ações de formação sobre a segurança do doente, e se sim, se nessa formação foi abordado o tema da identificação Inequívoca do Doente (Realizado o questionário a 23 inquiridos).

4.3.2. Resultados referentes ao questionário da identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar

Considerando-se ainda os resultados obtidos no questionário da identificação inequívoca do doente, verificou-se que 56,52% dos inquiridos referem que realizam algumas vezes a confirmação da identidade do doente antes da prestação dos cuidados e 30,43% fazem quase sempre essa confirmação. Importa ainda salientar que apenas dois participantes referem realizar sempre essa confirmação e que um faz raramente (Anexo M).

Quando colocam a pulseira de identificação ao doente, apenas 4,35% dos inquiridos confirmam os dados perguntando sempre o nome completo e data de nascimento e 26,09% confirmam quase sempre. Apesar do crescente aumento da consciencialização sobre a segurança do doente, 34,78% dos participantes confirmam estes dados algumas vezes, 26,09%

raramente e 8,70% nunca. No que diz respeito a perguntarem o nome do doente, 43,48% fazem-no algumas vezes e 30,43% quase sempre. Também existem inquiridos que para confirmarem os dados da pulseira tratam o doente pelo primeiro nome, sendo que 30,43% fazem-no algumas vezes e 43,48% quase sempre. Pelo apelido, 26,09% dos inquiridos nunca o fazem e 52,17% raramente (Anexo M).

Importa salientar que 43,48% dos inquiridos confiam sempre (8,70%) ou quase sempre (34,78%) na sua memória, se conhecem o doente, não confirmando a sua identificação. Destaca-se também que 34,78% participantes confiam algumas vezes, mas também que 13,04% confiam raramente e 8,70% nunca (Anexo M).

Verificou-se ainda que os inquiridos têm uma preocupação de substituir a pulseira quando esta está deteriorada, pois 56,52% referem que quase sempre a substituem e 30,43% referem que a substituem sempre. Também essa preocupação é sentida quando os inquiridos encontram doentes sem pulseira, colocando uma antes de prestar cuidados, visto que 13,04% dos participantes fazem-no sempre, 43,48% quase sempre e 43,48% algumas vezes. E podendo o doente recusar a colocação da pulseira, 82,61% dos participantes procuram sempre explicar ao mesmo a importância da sua colocação. Ainda assim 8,70% dos inquiridos raramente o fazem. Constatou-se que, quando questionados sobre se respeitam a vontade do doente quando este se recusa à colocação da pulseira, apurou-se que 39,13% dos inquiridos nunca respeitam essa vontade, o que aumenta quando consideramos que 26,09% responderam que raramente respeitam esse pedido. Apesar do exposto, 17,39% respeitam a vontade do doente em recusar a colocação da pulseira. Quando colocam a pulseira de identificação no doente, 47,83% fazem-no algumas vezes no membro superior dominante e 30,43% fazem-no quase sempre. Por outro lado, 39,13% referiram que é sempre indiferente se colocam a pulseira no membro superior direito ou esquerdo (Anexo M).

Quando os doentes vão para o bloco operatório, verifica-se que 82,61% dos participantes confirmam sempre os dados através da pulseira de identificação. Para validarem a identificação do doente, 39,13% questionam sempre pelo nome e apelido, já 39,13% pelo nome completo e data de nascimento. Note-se que 47,83% dos inquiridos nunca validam pelo número da cama (Gráfico 3).

Bloco operatório



Gráfico 3 - Quando o doente vai para o Bloco operatório (Realizado o questionário a 23 inquiridos).

Por outro lado, quando vai realizar exames complementares de diagnóstico, 39,13% confirmam sempre os dados através da pulseira de identificação. Ainda para confirmar a identificação do doente, 13,04% dos participantes solicitam sempre o nome e apelido e 21,74% o nome completo e data de nascimento. Também foi notório que 43,48% nunca conferem a sua identidade através do número da cama (Gráfico 4).

Exames complementares de diagnóstico

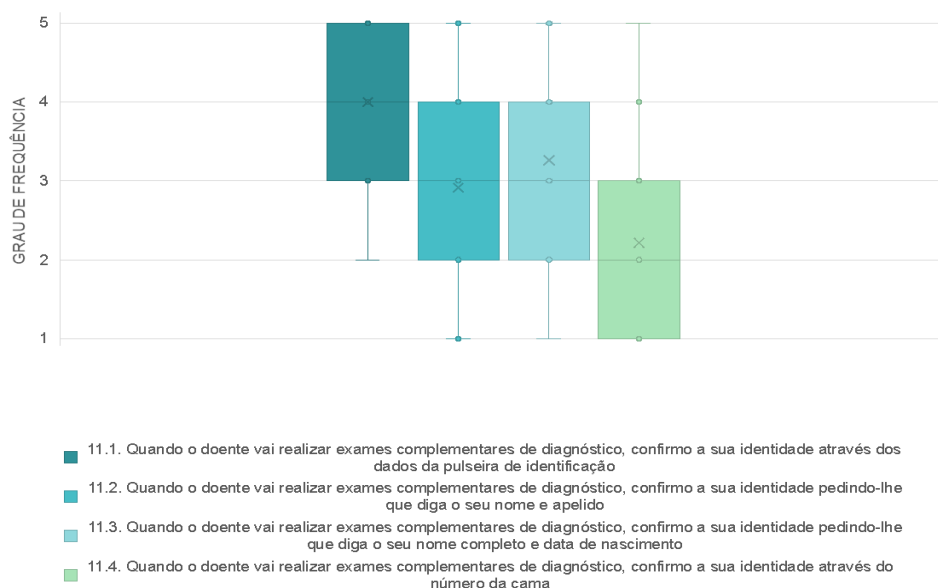


Gráfico 4 - Quando o doente vai realizar exames complementares de diagnóstico (Realizado o questionário a 23 inquiridos).

Já quando o doente vai ser transferido para outro serviço, 47,83% dos participantes confirmam sempre a identidade através dos dados da pulseira. É visível também que 13,04% faz essa confirmação sempre através do nome e apelido e 26,09% solicitam o nome completo e data de nascimento. Apesar da importância desta temática, ainda se constata que 26,09% confirmam, sempre (4,35%) e quase sempre (21,74%) a identidade do doente antes de ser transferido para outro serviço através do número da cama (Gráfico 5).

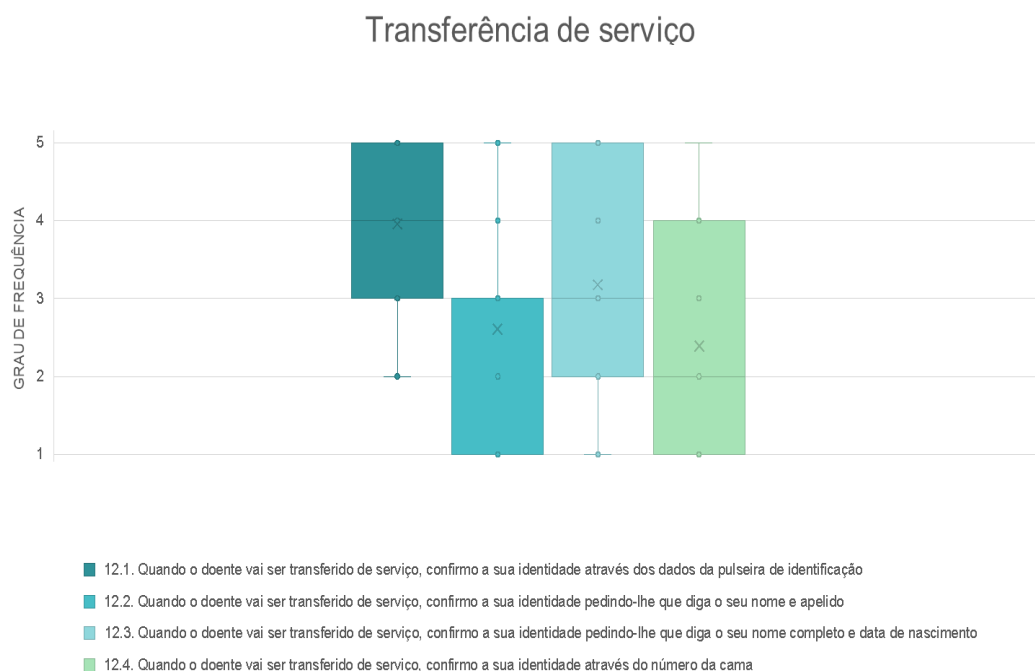


Gráfico 5 - Quando o doente vai ser transferido de serviço (Realizado o questionário a 23 inquiridos)

Antes da administração da medicação ao doente, 8,70% dos participantes referem sempre confirmar a sua identidade através da pulseira e nenhum refere que o faz sempre através do nome e apelido. Ainda assim, 52,17% dos participantes referem algumas vezes confirmar a identidade do paciente através da pulseira e com a mesma percentagem referem que também o fazem algumas vezes através do nome e apelido. Apenas 13,04% dos inquiridos conferem sempre a identidade do doente através do nome completo e data de nascimento, sendo que a mesma percentagem de inquiridos nunca o faz. Por outro lado, 39,13% confirmam, sempre (4,35%) e quase sempre (34,78%) a identidade do doente através do número da cama antes de administrar medicação (Gráfico 6).

Administração de medicação

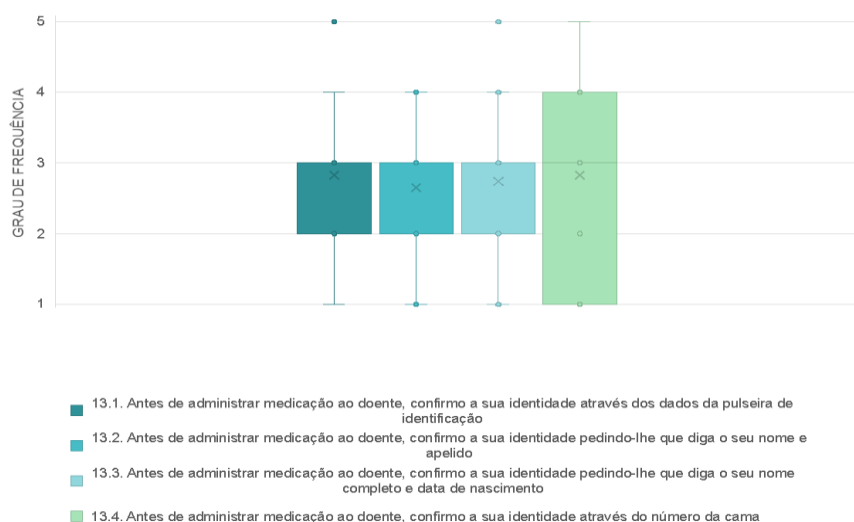


Gráfico 6 - Antes de administrar medicação ao doente (Realizado o questionário a 23 inquiridos)

Relativamente à administração de sangue ou derivados, 78,26% dos inquiridos fazem sempre a confirmação de identidade através da pulseira de identificação. Adicionalmente, também se verificou que 47,83% dos participantes confirmam sempre a identidade do doente pedindo que este diga o seu nome e apelido e que 56,52% perguntam sempre o nome completo e a data de nascimento. Destaca-se que a questão relativa à confirmação da identidade do doente pedindo-se que este indique o seu nome e apelido foi a que apresentou o maior desvio padrão neste questionário ($\sigma=1,72$). Constatou-se ainda que 52,17% dos participantes nunca confirmam a identidade do doente através do número da cama (Gráfico 7).

Administração de sangue ou derivados

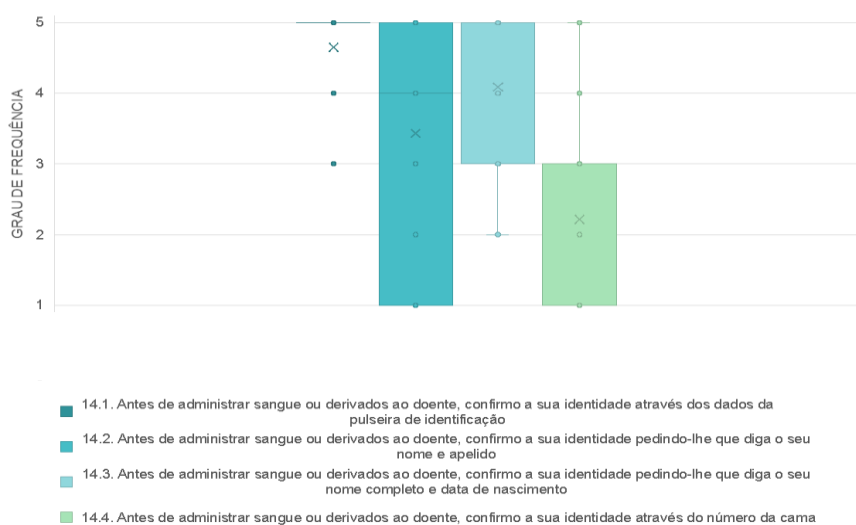


Gráfico 7 - Antes de administrar sangue ou derivados ao doente (Realizado o questionário a 23 inquiridos)

Antes de colher sangue ou outras espécimes para análises, 43,48% dos inquiridos fazem sempre a confirmação de identidade através dos dados da pulseira de identificação. Enquanto 26,09% nunca confirmam a identidade do paciente através do nome e apelido, 30,43% confirmam sempre a identidade do doente perguntando-lhe o nome completo e data de nascimento. Ainda neste tópico, 21,74% conferem algumas vezes a identidade através do número da cama, mas a maioria dos participantes 34,78% nunca confirmam a identidade do paciente através do número da cama (Gráfico 8).

Colheita de sangue ou outros espécimes para análise



Gráfico 8 - Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise (Realizado o questionário a 23 inquiridos)

Quando questionados sobre se colocam a pulseira de identificação a todos os doentes mesmo os que recusam, por ser para o bem dos mesmos, 47,83% dos inquiridos refere que o realizam sempre e esta percentagem aumenta se juntarmos os 26,09% dos participantes que o fazem quase sempre. Verificou-se ainda que 73,91% dos inquiridos colocam sempre a pulseira em doentes confusos, em doentes com problemas de linguagem e em doentes com barreira linguística (Anexo M).

No que diz respeito à validação dos dados da pulseira de identificação, ainda que 43,48% dos inquiridos façam-no sempre, 17,39% raramente o fazem. Caso os doentes não sejam capazes de confirmar os dados da pulseira de identificação, tanto 13,04% dos participantes pedem sempre à família para confirmar os dados, como 13,04% dos participantes nunca pedem à família para o fazerem (Anexo M).

Apenas 30,43% dos participantes confirmam sempre se os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contêm os dados de identificação definidos institucionalmente (Anexo M).

Quando questionados sobre se identificam a medicação do domicílio dos doentes com os mesmos dados de identificação inequívoca definidos para a pulseira, 95,65% dos participantes referem fazê-lo (82,61% sempre e 13,04% quase sempre) (Anexo M).

Relativamente à questão se os inquiridos asseguram que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação dos cuidados e nos vários locais de registo, 43,48% dos inquiridos responderam quase sempre e 30,43% sempre (Anexo M).

Verificou-se ainda que 69,57% dos participantes concordam totalmente que nos serviços de saúde deve ser confirmada a identidade dos doentes e, com a mesma percentagem, 69,57% dos inquiridos referem que concordam sempre que a identificação do doente deve ser realizada com pulseira própria para o efeito (Anexo M).

Relativamente se é da responsabilidade dos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde confirmarem que prestam os cuidados à pessoa certa, constatou-se um resultado positivo, pois 100% dos participantes concordam que essa responsabilidade é dos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados (86,96% sempre e 13,04% quase sempre). Importa realçar que esta foi a questão que apresentou a média mais elevada ($\bar{X}=4,87$) e o menor desvio padrão neste questionário ($\sigma=0,34$), o que revela que os participantes deste estudo consideram que é da sua responsabilidade confirmar a identidade dos doentes, de modo a prestarem os cuidados de saúde à pessoa certa (Anexo M). O exposto realça a importância da temática da identificação inequívoca do doente.

Adicionalmente, verificou-se que 43,48% dos inquiridos confirmam sempre a identidade do paciente com pelo menos dois dados inequívocos da sua identificação, antes de qualquer ato, em todos os contatos com o doente (Anexo M).

Tanto 30,43% dos participantes consideram sempre o nome completo do doente como dados de identificação fidedigna do doente, como 30,43% consideram sempre a data de nascimento como dados de identificação fidedigna. Em contraste, 34,78% dos inquiridos discordam totalmente que o número da cama seja um dado de identificação fidedigna do doente. Relativamente ao número do processo clínico único na instituição, tanto 8,70% dos participantes concordam totalmente ser um dado de identificação fidedigna do doente, como discordam totalmente (Anexo M).

Relativamente ao uso da pulseira de identificação, 78,26% dos inquiridos concordam totalmente que este permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui

um equipamento de segurança e 56,52% referem concordar totalmente que o uso de uma pulseira de identificação não dispensa do uso da técnica de identificação verbal (Anexo M).

Constatou-se ainda que 91,30% dos participantes discordam que a identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira (52,17% discordam totalmente e 39,13% discordam) (Anexo M).

Aquando da administração de terapêutica, 43,48% dos inquiridos referem discordar que aos doentes que conhecem não será necessário efetuar a confirmação de identidade, mas 4,35% dos inquiridos referem que não sentem necessidade de confirmar a identidade aos doentes que já conhecem (Anexo M).

Ao questionar se a pulseira serve como meio complementar de identificação segura 95,65% dos participantes concordaram com a afirmação (43,48% concordam totalmente e 52,17% concordam) (Anexo M).

Relativamente à identificação dos doentes com pulseira, 52,17% dos inquiridos concordaram totalmente que se aplica a doentes em internamento hospitalar, 69,56% dos inquiridos concordaram que se aplica a doentes em hospital de dia (34,78% concordaram e 34,78% concordaram totalmente), 56,52% concordaram totalmente que se aplica a doentes em atendimento em urgência, 43,48% concordaram totalmente que também se aplica a doentes em cirurgia de ambulatório (Anexo M).

Quando questionados sobre se na pulseira deve ser colocada a informação dos dados de identificação fidedigna do doente, nomeadamente o nome em maiúsculas, a data de nascimento no formato dia/mês/ano e o número único de processo clínico da instituição (99.999.999), 56,52% referem que concordaram totalmente e 39,13% concordaram (Anexo M).

Constatou-se que 69,57% dos participantes concordam totalmente que o doente não pode remover a pulseira para tomar banho (Anexo M).

Relativamente ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação, 30,43% concordam totalmente que na pulseira deve ser colocada a informação Nome - "Desconhecido" e 26,09% concordam totalmente que na pulseira deve ser colocado o número de episódio único provisório (Anexo M).

Quando questionados se quando vão administrar sangue ou derivados aos doentes que já conhecem não necessitam de efetuar confirmação da identidade, 4,35% dos participantes concordam totalmente e 4,35% concordam. Salienta-se ainda que esta foi a questão que apresentou a média mais baixa neste questionário ($\bar{X}=1,57$). Por outro lado, quando questionados se aos doentes que já conheço não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para exames complementares de diagnóstico, nenhum inquirido

concordou totalmente, contudo, apenas 26,09% dos participantes discordam totalmente e 47,83% discordam (Anexo M).

Relativamente à remoção da pulseira, apenas 60,87% dos participantes concordam que a mesma deverá ser retirada imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde (21,74% concordam totalmente e 39,13% concordam). No que diz respeito à inutilização da pulseira por corte e respetiva destruição, 91,31% dos inquiridos concordam (47,83% concordam totalmente e 43,48% concordam). Quando questionados se cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente, 13,04% dos participantes concordam totalmente que cada instituição deve sempre definir este critério. Em relação à questão se as pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente, 39,13% concordam totalmente que a pulseira deve ser sempre branca. Ao se questionar se ao readmitir no serviço um paciente que já conhece bem, se necessitam efetuar a confirmação dos dados na pulseira de identificação, 47,83% dos inquiridos referem discordar totalmente. No que diz respeito se aos doentes que já conheço não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou colher sangue ou outros espécimes para análise, 52,17% dos inquiridos discordam totalmente. Ainda relativamente a doentes que já são conhecidos, 47,83% dos participantes discordam totalmente que não necessitam de efetuar confirmação da identidade quando este é transferido para outro serviço. Perante um doente que já se conheça, 56,52% dos inquiridos discordam totalmente que não necessitam de confirmar a identidade do mesmo quando este é transferido para o bloco operatório (Anexo M).

Adicionalmente, importa destacar que 43,48% dos participantes concordam totalmente que existe sempre um procedimento de identificação dos doentes na instituição de que fazem parte.

Relativamente ao posicionamento da pulseira de identificação, a maioria dos inquiridos (69,57%) não concordam nem discordam que a pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente. Quando danificada, 69,57% dos participantes concordam totalmente que a pulseira deve ser substituída assim que possível (Anexo M).

Constatou-se que 82,61% dos inquiridos concordam totalmente que no serviço onde exercem funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira (Anexo M).

Quando, por motivos clínicos, o doente não pode usar uma pulseira de identificação, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas, havendo 52,17% dos inquiridos que concordam totalmente em garantir a segurança mencionada (Anexo M).

No que diz respeito a medidas alternativas à pulseira, que 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, pode-se verificar que 17,39% dos inquiridos concordam totalmente, enquanto 17,39% discordam totalmente (Anexo M).

Constatou-se ainda que 17,39% dos participantes discordam totalmente e que 17,39% discordam que, no serviço onde exercem as suas funções, o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação, no entanto 30,43% dos inquiridos concordam (Anexo M).

Destaca-se que 91,31% dos inquiridos têm consciência que um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão (26,09% concordam totalmente e 65,22% concordam) (Anexo M).

Por fim, 47,83% dos inquiridos concordam totalmente que perguntam qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se e 39,13% dos inquiridos concordam (Anexo M).

4.3.3. Resultados referentes ao questionário da coordenação relacional

No que diz respeito ao questionário referente à CR, verificou-se que 69,57% dos inquiridos sentem que os seus colegas enfermeiros comunicam consigo frequentemente sobre o estado de cada doente e 21,74% constantemente, o que representa 91,31% dos inquiridos. Por outro lado, 4,35% sentem que isso só acontece ocasionalmente e 4,35% raramente, o que significa que 8,70% dos inquiridos consideram que a comunicação é esporádica (Gráfico 9 e Anexo N).

Adicionalmente, os inquiridos sentem que os seus colegas comunicam consigo atempadamente sobre o estado de cada doente, sendo que 60,87% consideram ser frequentemente e 26,09% constantemente. Apesar do exposto, 8,70% sentem que isso só acontece ocasionalmente e 4,35% raramente, o que significa que 13,04% dos inquiridos consideram que a comunicação é tardia (Gráfico 9 e Anexo N).

Ainda no que diz respeito à comunicação, os inquiridos sentem que os seus colegas comunicam consigo de forma rigorosa sobre o estado de cada doente, sendo que 60,87% consideram ser frequentemente e 8,70% constantemente. Por outro lado, 21,74% sentem que isso só acontece ocasionalmente e 8,70% raramente, o que representa 30,44% dos inquiridos. Importa destacar que esta foi a questão que apresentou uma média mais baixa neste questionário ($\bar{X}=3,70$) o que demonstra que a comunicação é por vezes ambígua (Gráfico 9 e Anexo N).

No que diz respeito à perceção que têm do comportamento dos seus colegas enfermeiros quando surgem problemas do estado de cada doente (se culpam os outros ou trabalham consigo para resolver o problema), verificou-se que foi a questão que apresentou um desvio padrão mais elevado ($\sigma=1,20$). O facto de os dados do conjunto serem mais dispersos nesta questão, revela que os inquiridos sentem que, quando surgem problemas do estado dos doentes, os seus colegas podem ter uma comunicação culpabilizante, ao invés de trabalharem em conjunto para resolver

o problema. Através dos resultados obtidos, constatou-se que 39,13% dos inquiridos sentem que não trabalham consigo para resolver o problema, sendo que 13,04% percebem que nunca trabalham em conjunto e 26,09% raramente. Adicionalmente, 21,74% dos inquiridos referem que ocasionalmente trabalham em conjunto, o que significa que mais de 50% dos participantes sentem que existe atribuição de culpa na maioria das situações (Gráfico 9 e Anexo N).

Por outro lado, 39,13% dos inquiridos sentem que trabalham consigo para resolver o problema, sendo que apenas 8,70% identificam que percebem que existe constantemente uma comunicação orientada para a resolução de problemas. Importa ainda salientar que esta questão obteve a média mais baixa ($\bar{x}=2,96$), seguida da questão referente ao rigor da comunicação sobre o estado de cada doente ($\bar{x}=3,70$) (Gráfico 9 e Anexo N).

Além do mencionado, questionou-se se os seus colegas enfermeiros partilham os seus objetivos no que respeita aos cuidados prestados ao doente, tendo-se constatado que 4,35% dos inquiridos sentem que raramente comunicam os seus objetivos e 30,43% ocasionalmente. Apesar do exposto, 65,21% dos inquiridos sentem que existe esta partilha frequentemente (52,17%) e constantemente (13,04%) (Gráfico 9 e Anexo N).

Quando questionados sobre se os seus colegas enfermeiros sabem dos cuidados que realizam ao doente, constatou-se que os inquiridos percebem que os seus colegas sabem dos cuidados realizados, não havendo nenhum participante que tenha respondido nunca e raramente a esta questão. Salienta-se que, apesar de 13,04% dos inquiridos responderem que sentem que os seus colegas sabem ocasionalmente dos cuidados que realizam aos doentes, 73,91% percebem este sentimento frequentemente e 13,04% constantemente (Gráfico 9 e Anexo N).

Por último, procurou-se ainda perceber se os seus colegas enfermeiros respeitam o trabalho realizado ao doente, tendo-se verificado que os inquiridos sentem que os seus colegas o respeitam, não tendo havido nenhum participante a responder que o exposto só acontecia ocasionalmente, nem raramente, nem nunca. Nesse sentido, 73,91% dos inquiridos responderam que sentem que os seus colegas respeitam frequentemente o trabalho que realizam ao doente e 26,09% constantemente (Gráfico 9 e Anexo N).

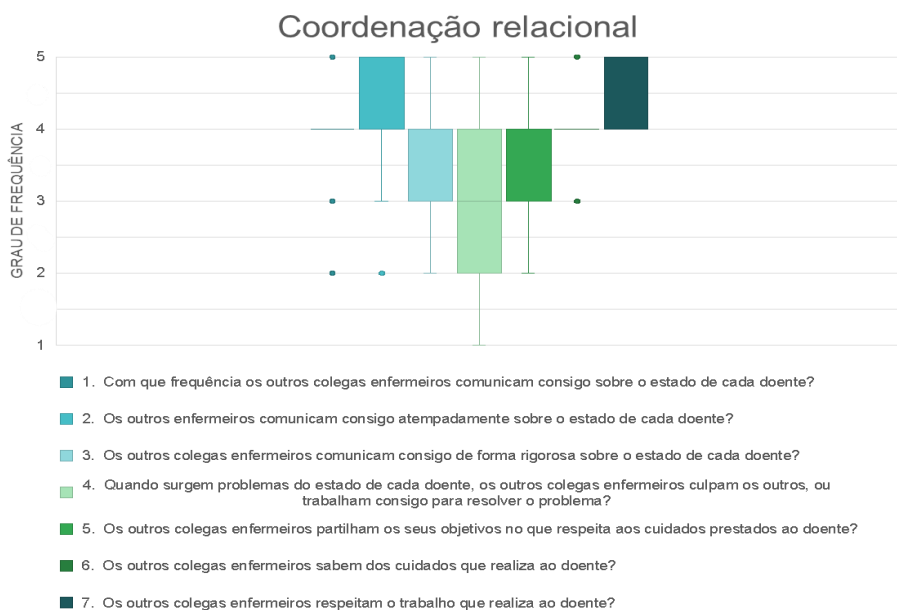


Gráfico 9 - Resultados do Questionário da Coordenação Relacional (Realizado o questionário a 23 inquiridos)

4.3.4. Resultados referentes à grelha de observação sobre a identificação inequívoca do doente

No que diz respeito à temática da identificação inequívoca do doente, realizaram-se 43 observações, sendo que 28 foram antes de se administrar medicação, oito antes de se colher espécimes para análise, uma antes de se administrar hemoderivados, uma antes de se transferir para o bloco operatório, e cinco antes de se transferir para exames complementares de diagnóstico. Importa destacar que durante o período de observações não existiu nenhuma transferência do doente para outro serviço, não tendo sido possível se observar as práticas dos enfermeiros que participaram neste estudo perante este procedimento.

No momento em que se observaram as práticas de identificação inequívoca do doente dos enfermeiros que participaram neste estudo, antes de se administrar a medicação, constatou-se que em 78,57% das observações os participantes apenas mencionaram o primeiro nome do doente e que apenas um participante mencionou o seu nome completo. Importa evidenciar que em 17,86% das observações os participantes não procederam à confirmação antes de administrarem a medicação (Gráfico 10 e Anexo O: Tabela 12).

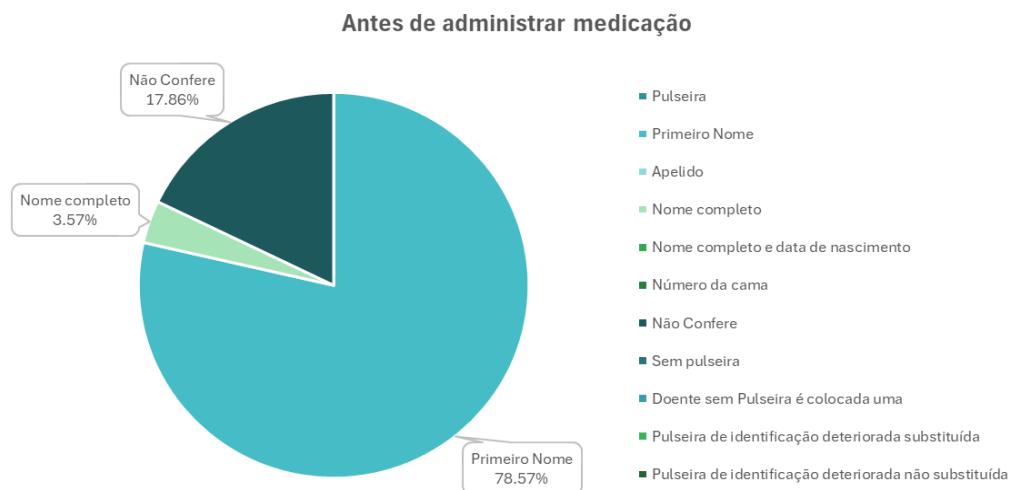


Gráfico 10 - Resultados da Grelha de Observação de identificação inequívoca do doente: Antes de Administrar medicação (Realizadas no total 43 observações).

Antes de colherem espécimes para análise, observou-se que existiu sempre uma confirmação. Na maioria das observações (62,50%) os participantes referiram o primeiro nome do doente. Porém, relativamente aos restantes, numa observação um participante certificou com o doente o seu nome completo, outro enfermeiro confirmou o seu nome completo e data nascimento e, por fim, um participante verificou a pulseira do doente, uma vez que este não verbalizava (Gráfico 11 e Anexo O: Tabela 13).

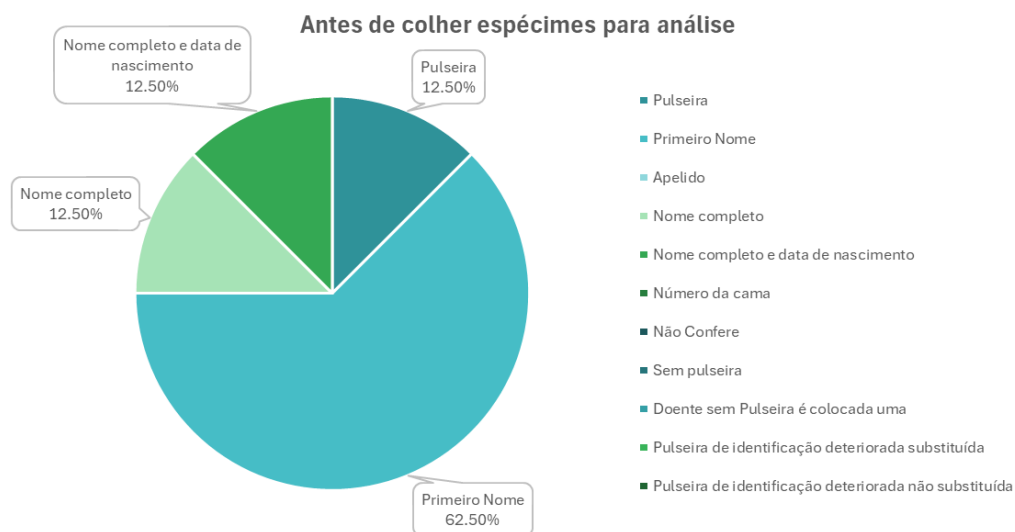


Gráfico 11 - Resultado da Grelha de Observação de identificação inequívoca do doente: Antes de colher espécimes para análise (Realizadas no total 43 observações).

Durante a única observação relacionada com a administração de hemoderivados, constatou-se que antes de se proceder à mesma, o participante não conferiu nenhum dado do doente. Relembra-se que, no decorrer do período de observação, apenas foi possível realizar uma observação (Gráfico 12 e Anexo O: Tabela 14).

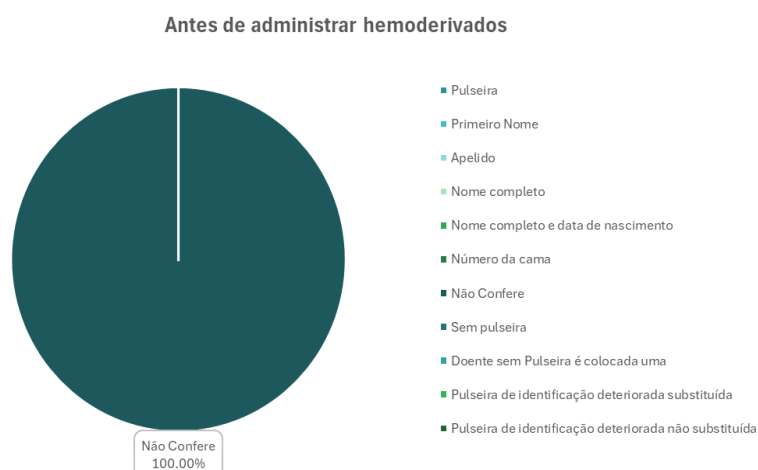


Gráfico 12 - Resultados obtidos da Grelha de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de administrar hemoderivados (Realizadas no total 43 observações).

Também só foi possível realizar-se uma observação antes de se transferir para o bloco operatório, tendo-se observado que o participante conferiu o nome completo e data de nascimento do doente (Gráfico 13 e Anexo O: Tabela 15).

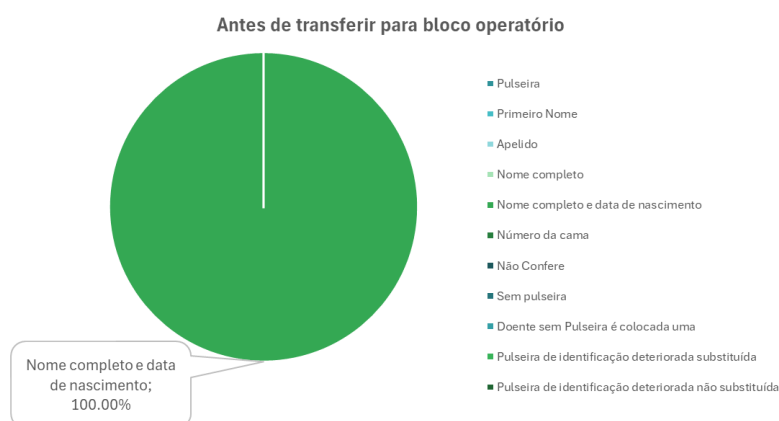


Gráfico 13 - Resultados da Grelha de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para o bloco operatório (Realizadas no total 43 observações).

Por fim, antes de se transferir para exames complementares de diagnóstico, observou-se que três participantes mencionaram o primeiro nome do doente e que um referiu o seu nome completo. Importa destacar que um dos participantes não conferiu os dados do doente (Gráfico 14 e Anexo O: Tabela 16).

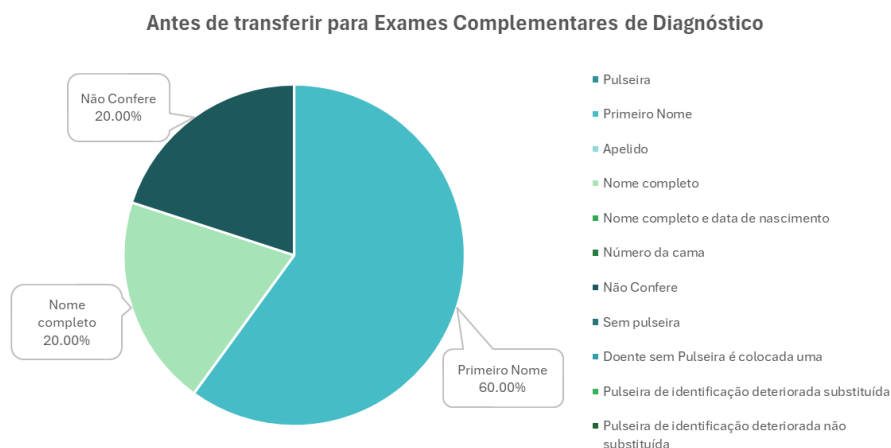


Gráfico 14 - Resultados obtidos da Grelha de observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para Exames complementares de diagnóstico (Realizadas no total 43 observações).

4.3.5. Resultados referentes à grelha de observação sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados durante a passagem de turno

Também relacionado com a temática da segurança do doente, realizaram-se 50 observações sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados durante a passagem de turno.

Tendo em conta os resultados obtidos e atendendo à técnica de ISBAR na identificação, que considera a identificação do doente (nome completo e data de nascimento) e a identificação dos profissionais de saúde e localização, foi visível que em 100% das observações os participantes identificaram o nome do profissional de saúde seja ele o emissor ou o recetor, e que em 56% referiram o serviço de origem, ao contrário de 44% das observações que não o fizeram. Relativamente à identificação do doente, em 96% das observações os participantes não comunicaram o nome completo do doente e em 94% das observações não referiram a data de nascimento. Durante a transição dos cuidados, observou-se ainda que em 100% das observações os participantes comunicaram o género dos doentes e em 98% não mencionaram a sua nacionalidade. Verificou-se também que em 88% das observações os participantes não identificaram a pessoa significativa/cuidador informal para o doente, tendo sido mencionado em apenas 12% das observações (Gráfico 15 e Anexo P: Tabela 17).

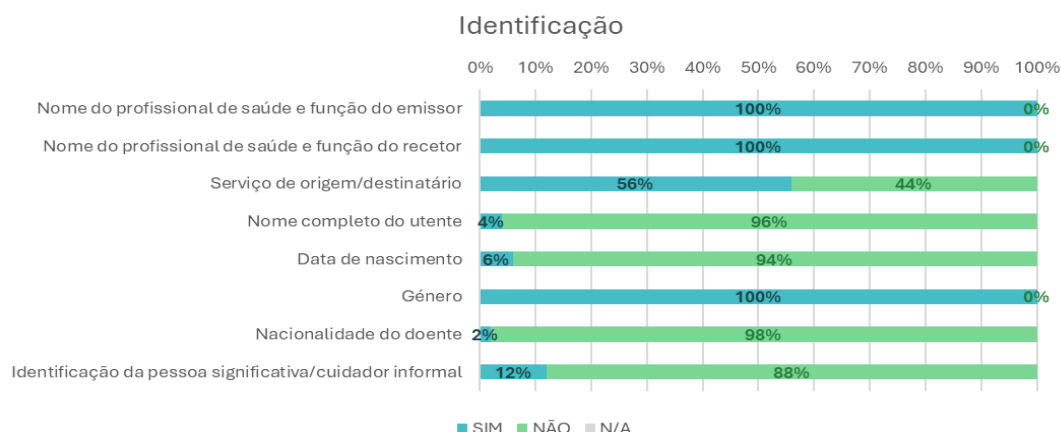


Gráfico 15 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR - Identificação (Realizadas no total 50 observações).

Considerando a técnica de ISBAR relativamente à situação atual, mais concretamente à descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde, verificou-se em 84% das observações os participantes não referiram a data e hora de admissão do doente e que em 60% não realizaram a descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde. Quando observados sobre a menção dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar, foi visível que em 52% das observações os intervenientes não os referiram (Gráfico 16 e Anexo P: Tabela 17).

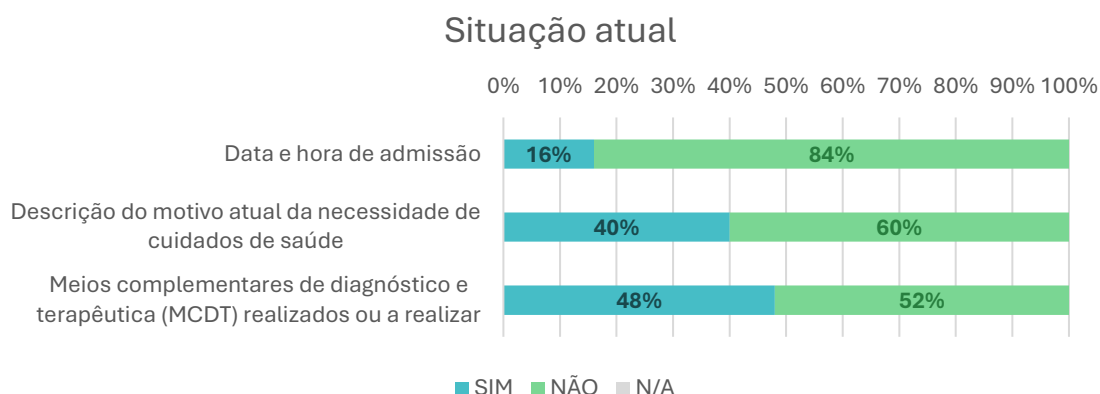


Gráfico 16 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR - Situação atual (Realizadas no total 50 observações).

No que diz respeito aos antecedentes, que tem como eventos diretivas antecipadas de vontade e descrição de factos clínicos de enfermagem e outros relevantes, verificou-se que em 96% das observações os participantes não mencionaram as diretivas antecipadas de vontade e que em 76% das observações não referiram os antecedentes clínicos dos doentes. Durante a transição dos cuidados, observou-se que em 100% das observações os intervenientes deste estudo mencionaram o nível de dependência do doente, em 72% não mencionaram a presença ou ausência de alergias conhecidas, mas também em 100% não referiram os seus hábitos

relevantes. Verificou-se também em relação à terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, que em 92% das observações os participantes não fizeram referência. Sobre as técnicas invasivas realizadas, constatou-se que em 28 observações esta situação não era aplicável, o que significa que em 63,34% referiram as mesmas. Sobre as técnicas invasivas realizadas verificou-se que em 56% das observações não foi aplicável, desta forma podemos verificar que em 28% das observações os participantes referiram técnicas invasivas realizadas e que apenas em 16% das observações dos intervenientes não o mencionaram. Quanto à presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar, verificou-se que em 46 observações esta situação não era aplicável, sendo que por isso em 75% das observações os participantes mencionaram o exposto. Na identificação da situação social e da capacitação do cuidador, observou-se que em 94% das observações os participantes não o referiram (Gráfico 17 e Anexo P: Tabela 17).

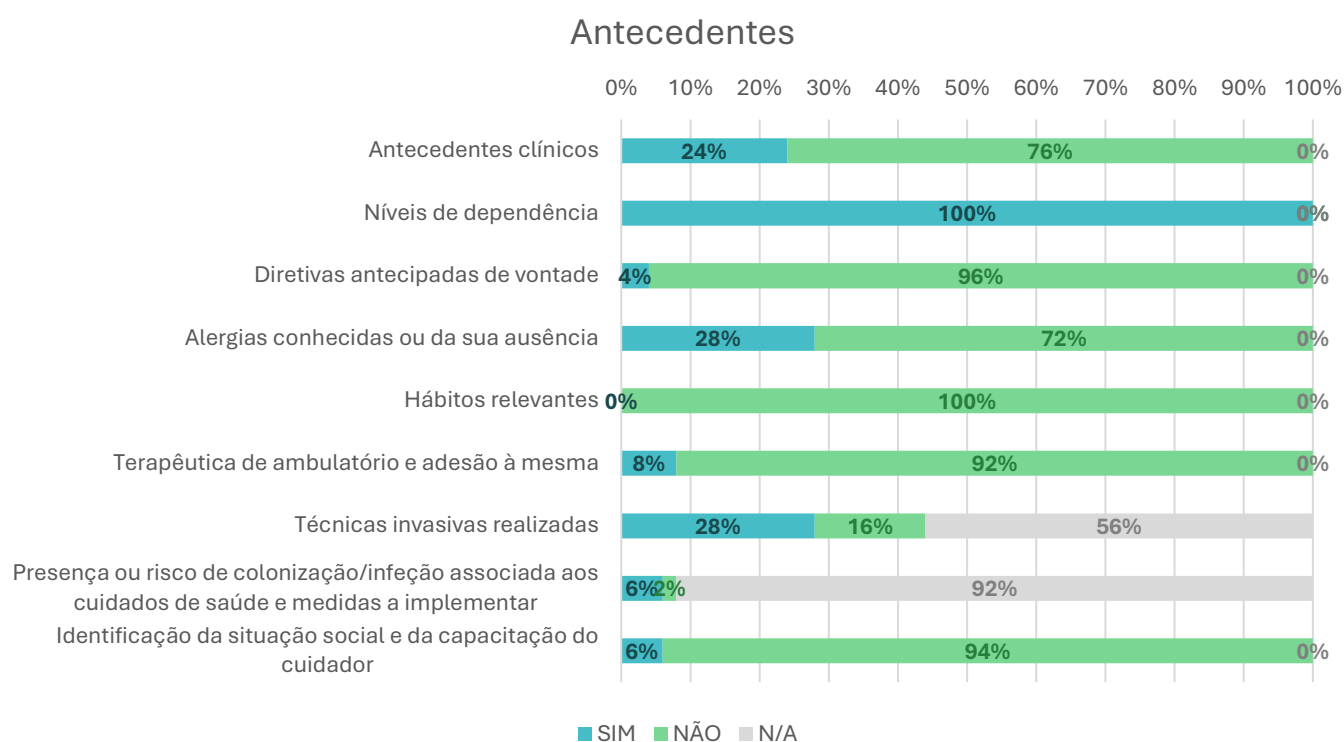


Gráfico 17- Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR -Antecedentes (Realizadas no total 50 observações).

Na técnica de ISBAR, quanto à avaliação, que apresenta como eventos alterações de estado de saúde significativas, informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída e estratégias de tratamento, constatou-se que em 100% das observações os participantes mencionaram os problemas ativos. Em relação à terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, em 92% das observações os participantes

referiram a mesma. Destaca-se ainda que, durante a transição dos cuidados de saúde, em todas as observações os participantes mencionaram as alterações de estado de saúde significativas e a avaliação da eficácia das medidas implementadas, assim como os focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas (Gráfico 18 e Anexo P: Tabela 17).

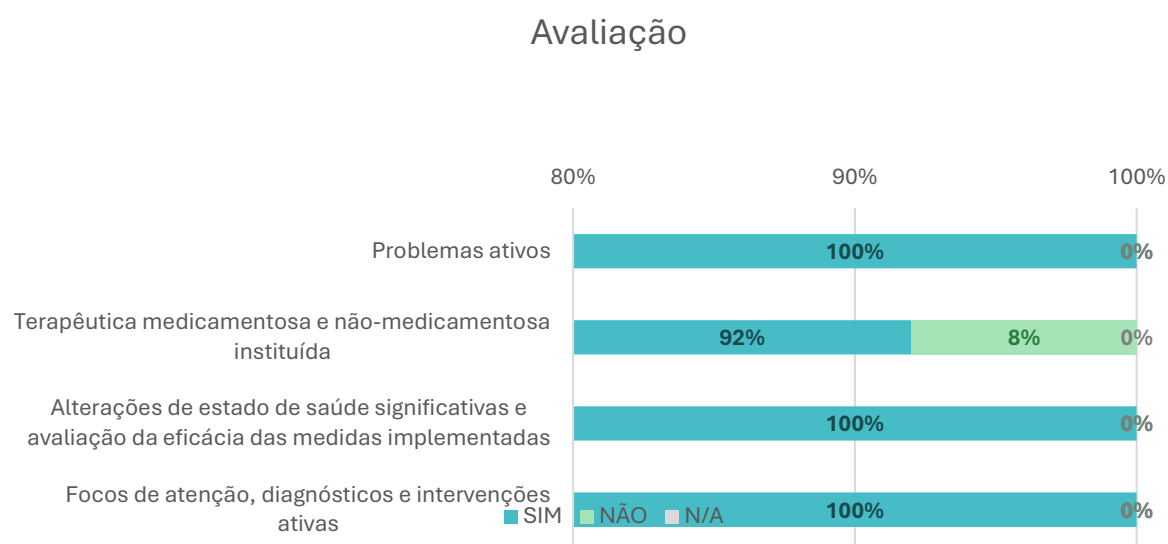


Gráfico 18- Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR - Avaliação (Realizadas no total 50 observações).

Considerando as últimas recomendações que fazem parte da técnica de ISBAR, que tem como evento descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do doente, realça-se que em 100% das observações os intervenientes indicaram o plano de continuidade de cuidados. Quanto à informação sobre consultas e MCDT agendados, constatou-se que em 19 observações esta situação não era aplicável, tendo-se por isso observado que em 61,29% das observações os participantes referiram o exposto. Durante as observações, excluindo-se uma em que esta situação não era aplicável, verificou-se que em todas as observações os intervenientes neste estudo não fizeram menção à identificação de necessidades do cuidador informal (Gráfico 19 e Anexo P: Tabela 17).

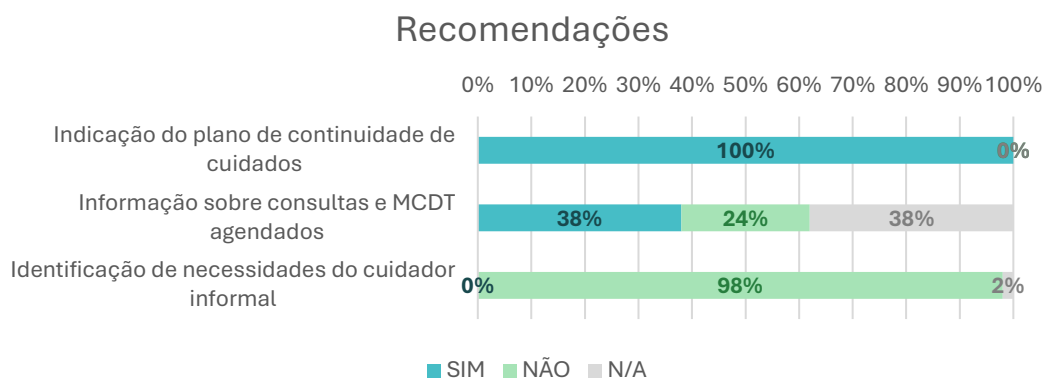


Gráfico 19 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Técnica de ISBAR – Recomendações (Realizadas no total 50 observações).

Importa também evidenciar que as 50 observações foram todas realizadas verbalmente e cara a cara, que existiu em todas tempo para se colocar questões e responder às mesmas, assim como que existiu partilha e discussão de informação relacionada com o doente (Gráfico 20 e Anexo P: Tabela 17).

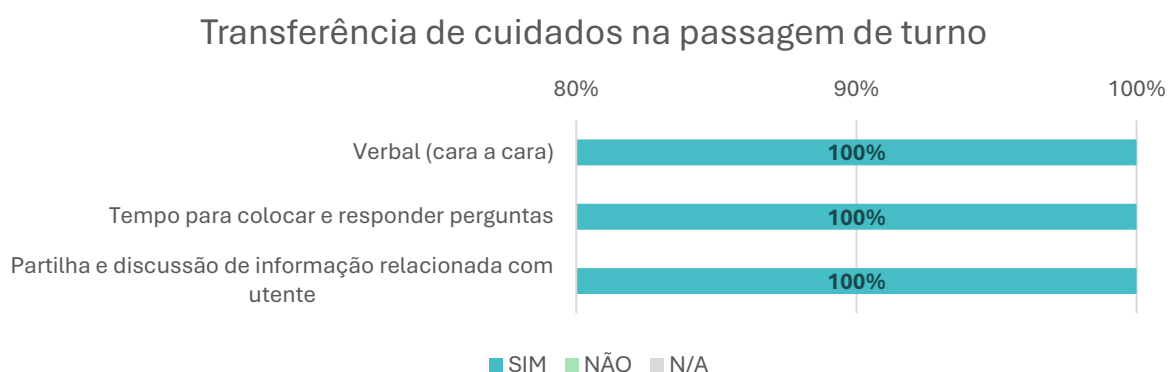


Gráfico 20 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Transferência de cuidados na passagem de turno (Realizadas no total 50 observações).

Com o intuito de se verificar as barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno, exploraram-se dois aspetos: o ambiente físico e os problemas na comunicação.

Relativamente ao ambiente físico, constatou-se que em 88% das observações não existiram interrupções realizadas por outros profissionais de saúde. Também se verificou que todas as observações foram realizadas em horário específico. Apesar de não ter havido em nenhuma das observações ruído por parte dos telefones, nem de alarmes de monitores e alarmes das campainhas, foi evidente o ruído por parte dos aparelhos eletrônicos em 4% destas observações (Gráfico 21 e Anexo P: Tabela 17).

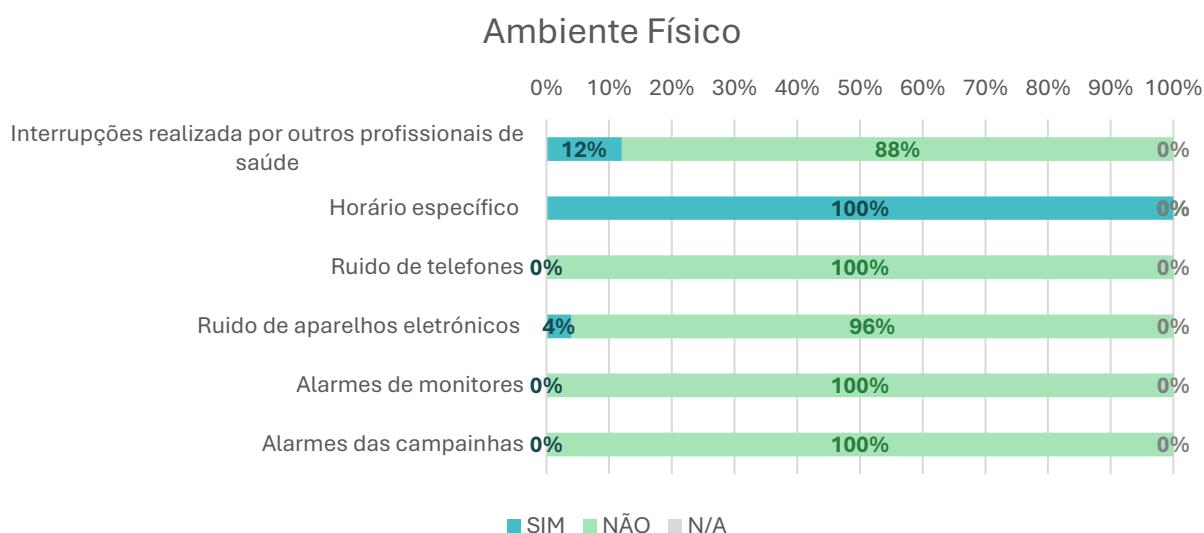


Gráfico 21 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno - Ambiente Físico (Realizadas no total 50 observações).

Quanto aos problemas na comunicação, observou-se que o discurso foi organizado em 88% das observações e que não existiram conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados em 64% das observações. Durante as observações, foi ainda notório que não existiram omissões de informação em nenhuma das mesmas, mas que em 2% das observações realizadas a informação transmitida foi incompleta. Por último, destaca-se ainda que não existiram lapsos de atenção, estando os intervenientes atentos em todas as observações (Gráfico 22 e Anexo P: Tabela 17).

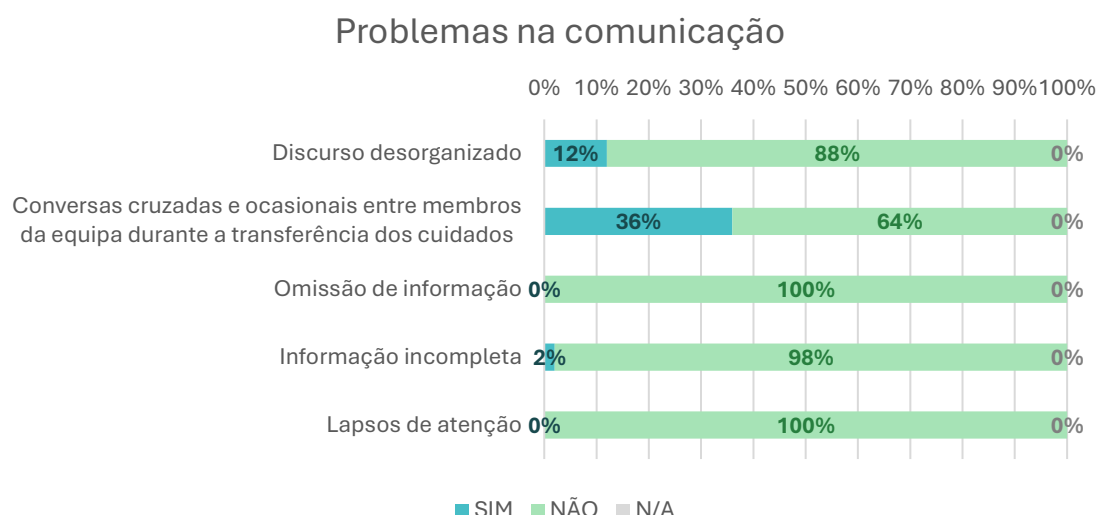


Gráfico 22 - Resultados da Grelha de observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno: Barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno - Problemas na comunicação (Realizadas no total 50 observações).

4.4. Análise crítica dos resultados sobre a identificação inequívoca do doente

Este estudo pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados na temática da segurança do doente, de forma a diminuir possíveis danos ao doente e promover práticas seguras nos cuidados prestados, com enfoque na comunicação eficaz para identificação inequívoca no processo de cuidados de saúde. Baseado nos resultados obtidos, verificou-se que os objetivos propostos foram alcançados. Os objetivos específicos propostos foram: 1) Avaliar a perceção dos enfermeiros de um serviço de internamento de medicina, relativamente à importância da comunicação na identificação inequívoca do doente; 2) Observar as práticas dos enfermeiros na comunicação eficaz para a identificação inequívoca com base nas normas nacionais e internacionais referentes à temática; 3) Identificar pontos fortes e aspetos a melhorar das práticas dos enfermeiros relativa à comunicação eficaz para a identificação inequívoca do doente; 4) Definir estratégias de melhoria para uma comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente.

No que diz respeito aos resultados obtidos, constatou-se que a equipa é na sua maioria jovem, com poucos anos de experiência, tanto a nível profissional como no serviço atual. Foi evidente que, a maioria dos participantes tiveram ações de formação sobre a segurança do doente, mas que alguns dos inquiridos não abordaram o tema da identificação inequívoca do doente. Desta maneira podemos constatar que, apesar da conscientização ao longo dos anos sobre a segurança do doente, ainda se verifica que existem profissionais com pouca formação na área da segurança do doente e sobre a temática da identificação inequívoca do doente. Sendo que, para promover a aprendizagem e competências na melhoria da cultura de segurança é

necessário que as organizações de saúde apostem na formação dos profissionais e de forma contínua (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015).

Atendendo que a identificação inequívoca do doente é fundamental para a segurança do mesmo durante a prestação dos cuidados de saúde, evitar possíveis erros ou danos para o doente (Sales et al., 2021), apurou-se que a maioria dos inquiridos referiu realizar algumas vezes a confirmação da identidade do doente antes de prestação de cuidados. Assim como, quando colocam a pulseira de identificação ao doente, a maioria dos participantes (34,78%) confirmam algumas vezes os dados perguntando o nome completo e a data de nascimento. E que a maioria dos inquiridos confiam na sua memória, se conhecem o doente, não confirmando a sua identificação. Estes dados revelam que ainda é necessário continuar a sensibilizar os profissionais de saúde, assim como continuar a realizar formações para os mesmos de forma a aumentar a melhoria contínua de cuidados de saúde prestados. Como é referido, antes de qualquer prestação de cuidados ao doente, os profissionais de saúde devem garantir uma identificação inequívoca do doente, através da pulseira de identificação, confirmando os dados fidedignos, ou seja, o nome correto, a data de nascimento, o número único de processo clínico na instituição, garantindo assim uma prática segura (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015).

Foi notório que a maioria dos participantes apresentam uma preocupação em substituir a pulseira sempre que a mesma se encontre danificada. E que, quando encontram doentes sem pulseira, colocam uma antes de prestar cuidados. Estes dados revelam que neste serviço, os profissionais de saúde estão conscientes sobre a importância da colocação ou substituição da pulseira de identificação do doente, como instrumento de segurança do doente e fazem-no antes de prestar cuidados ao doente. Estes resultados vão de encontro às recomendações da DGS (2011), que refere que a pulseira de identificação do doente quando se encontra danificada e ilegível, sendo que a mesma deve ser, assim que possível, substituída. Ainda relativamente à pulseira de identificação, verificou-se que a maioria dos inquiridos procuram sempre explicar ao doente a importância da colocação da mesma caso o doente recuse a sua colocação. De acordo com DGS (2011), os profissionais de saúde devem explicar ao doente sobre a importância do uso da pulseira de identificação e pedir a sua colaboração, pois esta serve como instrumento de segurança do doente, permitindo a redução de situações de risco. Contudo constatou-se que, a maioria dos participantes mencionam que nunca respeitam a vontade do doente, quando este se recusa a colocar a pulseira de identificação. Esta percentagem aumenta devido ao número de inquiridos que responderam que raramente respeitam esse pedido. Apesar

dos participantes explicarem ao doente a importância de colocar a pulseira de identificação de forma a reduzir o risco de incidentes, verificou-se que os profissionais de saúde não se encontram despertos para o facto dos doentes poderem recusar o seu uso. Para os autores Sales et al. (2021), os profissionais de saúde devem ter em atenção a vontade do doente como do seu representante legal, podendo estes recusarem a colocação da pulseira de identificação do doente. Devemos explicar aos mesmos, a importância de colocar a pulseira de identificação do doente como instrumento de segurança do doente e explicar os riscos associados ao não usar a pulseira de identificação.

Relativamente aos cuidados prestados, nomeadamente à ida de doente para bloco operatórios, observou-se que na maioria das observações (82,61%) os participantes confirmaram sempre os dados através da pulseira, sendo que em 39,13% das observações questionaram sempre pelo nome e apelido, já em 39,13% pelo nome completo e data de nascimento e que em 47,83% nunca validaram pelo número da cama. Ao comparar com a grelha de observação, e como limitação, apenas foi possível realizar uma observação antes de transferir o doente para o bloco operatório, e tendo em consideração a especificação do serviço em questão, observou-se que o participante conferiu o nome completo e data de nascimento do doente. Para o Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, (2015), uma identificação incorreta do doente pode ocasionar falhas de segurança do mesmo, como por exemplo erros em intervenção cirúrgica. A DGS (2011), refere ainda que os profissionais de saúde devem certificar-se que prestam cuidados à pessoa certa, ou seja, devem confirmar a identidade em pelo menos dois dados inequívocos do doente antes de qualquer intervenção, nomeadamente o nome completo do doente, a sua data de nascimento e o número do processo clínico na instituição de saúde.

No que diz respeito à transferência do doente para outro serviço, verificou-se que a maioria dos participantes confirmaram sempre a identidade através dos dados da pulseira, sendo que em apenas 26,09% das observações solicitaram o nome completo e data de nascimento e em 26,09% confirmaram sempre (4,35%) e quase sempre (21,74%) a identidade do doente antes de ser transferido para outro serviço através do número da cama. Durante o período de observação, não foi possível visualizar nenhum doente a ser transferido para outro serviço. Apesar desta limitação, com os resultados obtidos através do questionário, verificaram-se ainda falhas a nível da segurança do doente, nomeadamente na identificação inequívoca do mesmo. Estes resultados são o oposto das diretrizes da DGS (2011) e do Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015), que refere que, como foi referido anteriormente, os profissionais de saúde, devem confirmar a

identidade do doente antes de prestar cuidados ao mesmo, em pelo menos dois dados fidedignos, o nome completo, data de nascimento e o número do processo clínico na instituição de saúde. Sendo que não deve ser utilizado como dado fidedigno o número do quarto ou da cama onde o doente se encontra internado (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015).

Foi visível, tanto nos resultados obtidos através do questionário da identificação do doente, como na observação da praxis dos enfermeiros sobre a mesma temática, que os mesmos não realizam a totalidade dos procedimentos para uma correta identificação do doente e não seguem na íntegra as recomendações da DGS sobre a identificação inequívoca do doente, utilizando pelo menos dois dados fidedignos do doente (nome completo e data de nascimento) antes da realização dos cuidados ao doente. Pode-se também verificar que quando questionados sobre se ao conhecerem o doente não necessitam de confirmar a identidade quando administram medicação, quando os transferem para exames complementares de diagnóstico, quando colhem sangue ou outros espécimes para análise, quando transferem para outro serviço e quando administram sangue ou derivados, as respostas são variadas, embora a maioria dos participantes discorde ou discorde totalmente. Para a DGS (2011), a identificação incorreta do doente pode originar falhas ou incidentes como por exemplo troca de medicação, erros nas transfusões sanguíneas, assim como na realização de exames complementares de diagnóstico. Os serviços de saúde devem assegurar, através dos profissionais de saúde que a identidade dos doentes seja fidedigna, devendo confirmar o nome correto, a data de nascimento, o número único de processo clínico na instituição, garantindo assim uma prática segura (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2015). Estes dados revelam que ainda existe um longo caminho a percorrer relativamente à sensibilização dos profissionais de saúde sobre a identificação segura do doente, evitando assim possíveis falhas e incidentes, podendo levar ao dano para o doente.

Constatou-se também que a maioria dos participantes concorda totalmente que o uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos constituindo um equipamento de segurança e não dispensando do uso da técnica de identificação verbal. Estes resultados vêm confirmar que os profissionais de saúde estão mais despertos ao facto da importância do uso da pulseira de identificação como sendo um equipamento de segurança do doente. Estes dados estão de acordo com as normas da DGS (2011), mesmo que o doente use a pulseira de identificação, o profissional de saúde deve realizar uma identificação verbal, a pulseira é um meio complementar de uma identificação segura do doente.

Também se verificou que a maioria dos participantes sabem que existe um procedimento de identificação dos doentes na instituição de que fazem parte. Este dado revela que a instituição de saúde onde estes enfermeiros trabalham, dá importância à segurança do doente, tendo normas e procedimentos de identificação segura do doente. Os autores Sales et al. (2021) referem, que as organizações de saúde devem disponibilizar e implementar procedimentos de boas práticas de uma correta identificação do doente, envolvendo profissionais de saúde e os doentes.

Destacou-se também que a maioria dos inquiridos tem consciência que um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão. Estes resultados estão de acordo com as normas da DGS (2011) que refere que os profissionais de saúde devem ter consciência do exposto e ao pedirem a confirmação da identidade, o doente pode responder afirmativamente por ansiedade, limitação auditiva, por confusão, ou outros fatores. É fundamental garantir que os cuidados são prestados ao doente certo (DGS, 2011).

4.5. Análise crítica dos resultados sobre a comunicação na transição dos cuidados

Tendo em conta o questionário referente à CR, que a maioria dos inquiridos sente que os seus colegas enfermeiros comunicam frequentemente e constantemente sobre o estado de cada doente. Este valor elevado poderá estar relacionado não só com a necessidade de haver comunicação no serviço, mas com as próprias normas e/ou procedimentos que são estimuladas pela DGS, que fomentam as boas práticas no mesmo. Estes resultados vão de encontro ao que os autores, Caldas e Gomes (2021) referem, que a comunicação é fundamental na prestação de cuidados em saúde, e para que a comunicação seja eficaz é essencial que a mensagem seja transmitida atempadamente, seja precisa, completa, clara e compreendida.

Também se verificou que a maioria dos participantes sente que os seus colegas comunicam consigo atempadamente sobre o estado de cada doente. E constatou-se que a maioria dos inquiridos sente que os seus colegas comunicam consigo de forma rigorosa sobre o estado de cada doente. Sendo as organizações de saúde complexas (Havens *et al.*, 2010), essa complexidade faz com que exista coordenação entre funções, especialidades, organizações e setores, tendo como finalidade a obtenção dos resultados de desempenho pretendidos. A teoria da CR refere que os relacionamentos devem ser definidos por objetivos, conhecimentos partilhados e respeito mútuo, para que exista uma comunicação frequente, oportuna, precisa e que os problemas sejam resolvidos permitindo assim que a coordenação do trabalho seja eficaz

das partes interessadas (Bolton et al., 2021). Importa destacar que relativamente à questão se os inquiridos sentem que os seus colegas comunicam consigo de forma rigorosa sobre o estado de cada doente, esta apresentou uma média mais baixa neste questionário ($\bar{X}=3,70$) o que demonstra que a comunicação é por vezes ambígua. Neste sentido, realça-se que ainda é necessário sensibilizar e formar os participantes para uma comunicação eficaz na área da saúde tendo em conta o seu contexto complexo.

Relativamente à percepção que os participantes têm do comportamento dos seus colegas enfermeiros quando surgem problemas do estado de cada doente (se culpam os outros ou trabalham consigo para resolver o problema), verifica-se que a comunicação orientada para a resolução de problemas tem de ser trabalhada, uma vez que 60,87% dos inquiridos ainda revelam uma comunicação culpabilizante. O facto de não existir uma comunicação orientada para a resolução de problemas, não permite a criação de uma cultura organizacional que suporta a melhoria contínua necessária. Como refere os autores Gittell e Ali (2021), se a coordenação for baseada numa comunicação insuficiente, imprecisa, atrasada e acusatória, e em que os objetivos são apenas funcionais, os conhecimentos e saberes dos profissionais são exclusivos e onde existe falta de respeito, origina redução de valor assim como redução da eficácia das organizações no que diz respeito a alcançarem os resultados desejados. Sendo assim, como refere a autora Gittell (2016), é fundamental trabalhar a comunicação para a resolução de problemas, pois permite aos participantes reconhecer e experimentar possíveis soluções para encerrar lacunas entre o resultado atual e o resultado pretendido. Para Gittell (2006), este tipo de comunicação permite que os indivíduos estejam mais adaptados e preparados para contextos negativos que surjam de forma imprevisível.

Seguidamente, verificou-se que apesar de sentirem que os objetivos são partilhados, este sentimento é apenas identificado por 65,22% dos inquiridos. Com estes resultados podemos aferir que ainda é necessário trabalhar a CR entres os enfermeiros, pois se partilharem os objetivos, para os autores Bolton, Logan e Gittell (2021), essa partilha de conhecimento e respeito mútuo, numa comunicação frequente, oportuna e precisa, faz com que os problemas sejam resolvidos e permite uma coordenação eficaz.

Constatou-se também que apesar de a maioria dos inquiridos sentirem que os seus colegas sabem os cuidados que realizam aos doentes, o conhecimento partilhado poderia ter sido melhor, havendo ainda algum conhecimento que está restrito segundo 13,04%, o que não é o ideal. A partilha de conhecimento é fundamental na área da saúde, pois é através dos conhecimentos e saberes baseados na evidência científica que os profissionais prestam cuidados de excelência. De acordo com a autora Gittell (2016), a CR gere ligação entre as competências

e os saberes dos profissionais, podendo assim criar valor e soluções bem-sucedidas e com benefício para os mesmos.

Por último, verificou-se que existe um sentimento de respeito mútuo, logo, não sentem que é uma relação baseada em faltas de respeito. Estes resultados vão ao encontro do que os autores Van Maanen e Barley (1984), citado por Bolton et al. (2021) referem, que a CR é fortalecida também através do respeito mútuo dos profissionais, ou seja, o respeito pelo trabalho, valorizando as contribuições de cada um e o impacto que as suas ações podem ter de forma a obter os resultados desejados.

Também na temática da comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, foi realizada observações sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados durante a passagem de turno, tendo em conta a técnica de ISBAR. Analisando os dados obtidos, foi visível que nem sempre foi seguida a técnica de ISBAR verbalmente durante a passagem de turno, devido à continuidade dos cuidados dos enfermeiros àqueles doentes. No entanto os enfermeiros poderiam ter recorrido à folha de passagem de turno que segue as regras da técnica de ISBAR. De acordo com a DGS (2017), a transição de cuidados entre as equipas, deve ser realizada de forma padronizada para promover a segurança do utente através de uma comunicação em saúde eficaz. Dessa forma, é recomendada a técnica de ISBAR, sendo esta uma técnica de comunicação de informação simples, clara e precisa, de fácil memorização por parte dos profissionais de saúde e pode ser replicada em contextos diferentes. Ajudando os profissionais na tomada de decisão de forma rápida, proporcionado o pensamento crítico, assim como a redução de tempo na transferência de informação relacionada com os cuidados ao utente.

Como resultados obtidos, também se verificou que, todas as observações foram realizadas cara a cara e que existiu tempo para colocar questões e responder às mesmas, assim como partilha e discussão de informação relacionada com o doente. Estes dados seguem o que Joint Commission (2017) recomenda para prevenir e reduzir uma comunicação ineficaz, através de uma transferência verbal, preferencialmente cara a cara, ou por escrita, e através de uma comunicação de transferência de cuidados onde se recebe informação, assim como momento de partilha de informação, onde deve existir tempo para colocar e responder a perguntas, assim como consultar e discutir informações.

Relativamente às barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno, nomeadamente o ambiente físico, constatou-se que a maioria das observações não foram interrompidas por outros profissionais. Também todas as observações foram realizadas em horário específico. Apesar de não ter havido em nenhuma das observações ruído por parte dos

telefones, nem de alarmes de monitores e das campainhas, foi evidente o ruído por parte dos aparelhos eletrônicos em 4% destas observações. Estes dados revelam que é mantido um bom ambiente físico o que origina boa transmissão de cuidados. Desta forma, estes resultados estão de acordo ao que os autores Webster et al. (2022) referem, pois, existem fatores que influenciam de maneira direta o trabalho da equipa, nomeadamente o ambiente interno, referente ao espaço físico onde os profissionais realizam a transição dos cuidados, esses fatores são por exemplo o ruído, iluminação, entre outros. Verificaram-se ainda distrações ao nível ruído que podem interferir na transferência de informação. Esse ruído pode ser produzido por outros profissionais de saúde assim como por equipamentos (chamadas telefónicas, equipamentos eletrónicos).

Quanto aos problemas na comunicação, verificou-se que na maioria das observações, o discurso foi organizado e não existiram conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados em 64% das observações. Durante as observações, foi ainda notório que não existiram omissões de informação em nenhuma das mesmas, mas apesar de em 2% das observações realizadas a informação transmitida foi incompleta. Por último, destaca-se também que não existiram lapsos de atenção, estando os intervenientes atentos em todas as observações. Tendo em conta os resultados obtidos, ainda é necessário continuar a sensibilizar os profissionais para uma comunicação eficaz na transição dos cuidados de maneira a garantir a segurança do doente. Os autores Riesenbergh et al. (2010), referem que existem diversas barreiras que afetam a transferência dos cuidados, entre elas, problemas na comunicação, como por exemplo discurso desorganizado; interrupções devido a conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados; omissão de informação ou informação incompleta; lapsos de atenção, entre outros. Desta forma é fundamental identificar as barreiras à comunicação na transição dos cuidados, pois assim torna-se possível prevenir uma comunicação ineficaz.

4.6. Limitações

Ao realizar esta tese de mestrado, identificou-se como possível limitação o facto de o número da amostra ser reduzida e ser por conveniência. Esta limitação faz com que os resultados não possam ser extrapolados. Outra limitação diz respeito à necessidade de se encontrar estratégias para se reduzir ou até colmatar possíveis enviesamentos durante as observações da praxis dos enfermeiros devido à presença da investigadora, tendo-se procurado investigar os comportamentos dos participantes de uma forma discreta para não haver uma tendência para se alterar os comportamentos habituais. Também se percecionou como limitação por parte da investigadora, o tempo limitado para se realizar as observações uma vez que o período definido

para as mesmas não possibilitou, por exemplo, observar momentos na transferência de doentes para outros serviços, ficando-se restrito às situações que aparecessem no dia a dia. Por último, como limitação sentida destaca-se a falta de estudos a nível nacional sobre a temática em estudo, o que por outro lado reforça a importância de se desenvolverem futuras investigações que contribuam para se aumentar o conhecimento científico nesta área.

Proposta de intervenção

Tendo em conta o diagnóstico realizado e os resultados obtidos, elaborou-se este projeto de intervenção que irá ser aplicado no serviço de medicina numa ULS na grande área de LVT. Este projeto irá responder ao objetivo específico: definir estratégias de melhoria para uma comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente.

É fundamental sensibilizar e consciencializar os profissionais de saúde para a temática da segurança do doente, nomeadamente para a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, de maneira a evitar ou a reduzir falhas que possam originar dano ao doente.

Sendo assim, o tema deste projeto de intervenção é Comunicação na identificação inequívoca do doente, e tem como título “Comunica e identifica eficazmente, para melhorar a segurança do doente”.

Este projeto de intervenção tem como objetivos: 1) Promover práticas na área da comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente que irão melhorar a segurança do mesmo; 2) Manter as boas práticas que já existe no serviço de medicina numa ULS na grande área de LVT; 3) Envolver os profissionais de saúde, assim como a respetiva liderança, na área da comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente; 4) Identificar pontos fortes e pontos a melhorar, relacionados com esta temática.

A área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação do doente, por ser complexa exige um esforço por parte dos diferentes *Stakeholders*. Este projeto de intervenção vai ter como *Stakeholders*: 1) Organização de saúde, neste caso o ULS na grande área de LVT; 2) Líderes; 3) Profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros; 4) Doente; 5) Representante legal, família ou cuidador do doente.

Sendo assim, para realizar este projeto de intervenção irá ser utilizado, que segundo o autor Rodrigues (2022), a espiral da qualidade dos processos de melhoria, nomeadamente o ciclo de *Plan-Do-Study/Check-Act* (PDCA). Esta prática que as organizações de saúde adotam, produz um mecanismo de melhoria clínica nos diferentes níveis, o que origina alterações funcionais e estruturais. Para os autores Walley e Gowland (2004), citado por Lage e Sousa (2013), as fases do ciclo do PDCA, são compostas por *Plan* (refere-se à fase de análise das áreas/atividades ou processos que gostaríamos de melhorar); *Do* (corresponde à fase da implementação da mudança e melhoria; *Check* (sendo a fase de monitorização e acompanhamento da mudança e da melhoria); *Act* (refere-se à fase de tomada de decisão face aos resultados obtidos e o impacto que estes têm no processo de melhoria da qualidade).

Tendo em conta o referido e os resultados obtidos neste trabalho, o *Plan* deste projeto de intervenção será melhorar a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, por parte dos enfermeiros.

Na fase da implementação da mudança e melhoria (*Do*), irão ser realizadas as seguintes atividades e apresentando um cronograma das mesmas (Anexo Q):

- Divulgar os resultados do estudo aos enfermeiros que exercem funções no serviço de medicina na ULS na grande área de LVT;
- Colaborar com os dinamizadores do serviço de medicina, na área da segurança do doente;
- Promover ações de formação (duas por mês, tal como assinalado no cronograma) na área da comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, sendo estas realizadas pela investigadora e pelos enfermeiros dinamizadores do serviço de medicina na área da segurança do doente;
- Realizar ações de formação sobre a coordenação relacional entre enfermeiros;
- Desenvolver e implementar técnicas e estratégias de comunicação eficaz;
- Realizar campanhas de sensibilização na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, envolvendo ativamente os participantes (profissionais de saúde, doentes e família/cuidador do doente);
- Incentivar os profissionais de saúde a registar incidentes de segurança do doente, visando uma aprendizagem e melhoria das práticas;
- Realizar auditorias internas, regularmente e com base nas boas práticas baseadas na evidência;
- Envolver os diferentes *stakeholders*, nomeadamente os líderes, os enfermeiros, o doente e a família/cuidador do doente, através de debates de troca de conhecimentos, experiências, assim como, na participação no projeto de intervenção, na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;
- Monitorizar os indicadores na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;
- Realizar reuniões mensais com o líder e com os dinamizadores do serviço para rever os indicadores e as estratégias na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;

- Monitorizar os resultados obtidos relativamente à comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;
- Avaliar os resultados obtidos relativamente à comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;
- Avaliar a cultura de segurança que os profissionais do serviço de medicina da ULS na grande área de LVT, apresentam, usando um questionário validado para a população portuguesa.

Relativamente à fase do *Check*, que corresponde à etapa de acompanhamento da mudança e da melhoria, posteriormente a avaliação deste projeto irá ser realizada através de indicadores estipulados para a segurança do doente (Walley & Gowland, 2004), citado por Lage e Sousa, 2013). De acordo com, Faria e Sousa (2021), usar indicadores possibilita os profissionais de saúde, assim como a organização de saúde, monitorizar e avaliar os resultados obtidos, uma vez que as ações dos profissionais de saúde e as medidas dos sistemas organizacionais têm consequências para os utentes respondendo ou não às suas necessidades.

Sendo assim, foram definidos os seguintes objetivos, indicadores e metas:

- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de ações de formação para os profissionais de saúde, na área da segurança do doente, que englobem a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente e sensibilizar para a importância de notificar os erros como forma de aprendizagem;
 - **Indicador:** Percentagem de ações de formação para os profissionais de saúde, na área da segurança do doente, que englobem a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente e campanhas de sensibilização para a importância de notificar os erros como forma de aprendizagem;
 - **Meta:** 60% de ações de formação para os profissionais de saúde, na área da segurança do doente, que englobe a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente e campanhas de sensibilização para a importância de notificar os erros como forma de aprendizagem;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de administrar terapêutica
 - **Indicador:** Percentagem de procedimentos corretos de identificações inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de administrar terapêutica;

- **Meta:** 50% de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de administrar terapêutica;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de colher espécimes para análise;
 - **Indicador:** Percentagem de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de colher espécimes para análise;
 - **Meta:** 50% de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de colher espécimes para análise;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de administrar hemoderivados;
 - **Indicador:** Percentagem de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de administrar hemoderivados;
 - **Meta:** 50% de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, antes de administrar hemoderivados;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai realizar exames complementares de diagnóstico;
 - **Indicador:** percentagem de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai realizar exames complementares de diagnóstico;
 - **Meta:** 50% de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai realizar exames complementares de diagnóstico;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai ser transferido para o bloco operatório;
 - **Indicador:** percentagem de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai ser transferido para o bloco operatório;

- **Meta:** 60% de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai ser transferido para o bloco operatório;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai ser transferido para outro serviço;
 - **Indicador:** Percentagem de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai ser transferido para outro serviço;
 - **Meta:** 60% de procedimentos corretos de identificação inequívoca do doente, com pelos menos dois dados fidedignos do doente, quando um doente vai ser transferido para outro serviço;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de confirmações de identidade do doente antes da prestação de cuidados;
 - **Indicador:** Percentagem de confirmações da identidade do doente antes da prestação de cuidados;
 - **Meta:** 50% de confirmações da identidade do doente antes da prestação de cuidados;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de pulseira de identificação colocadas, quando encontram um doente sem a mesma;
 - **Indicador:** Percentagem de pulseira de identificação colocadas, quando encontram um doente sem a mesma;
 - **Meta:** 70% de pulseira de identificação colocadas, quando encontram um doente sem a mesma;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar a comunicação eficaz entre enfermeiros de forma rigorosa sobre o estado de cada doente;
 - **Indicador:** Percentagem de comunicação eficaz entre enfermeiros de forma rigorosa sobre o estado de cada doente;
 - **Meta:** 80% de comunicação eficaz entre enfermeiros de forma rigorosa sobre o estado de cada doente;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar a sensibilização referente ao trabalho entre enfermeiros de forma a resolver problemas do estado de cada doente, eliminando o sentimento de culpabilização;
 - **Indicador:** Percentagem de sensibilização referente ao trabalho entre enfermeiros de forma a resolver problemas do estado de cada doente, eliminando o sentimento de culpabilização;

- **Meta:** 70% de sensibilização referente ao trabalho entre enfermeiros de forma a resolver problemas do estado de cada doente, eliminando o sentimento de culpabilização;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de partilhas dos objetivos no que respeita aos cuidados prestados ao doente;
 - **Indicador:** Percentagem de partilha dos objetivos no que respeita aos cuidados prestados ao doente;
 - **Meta:** 80% de partilha dos objetivos no que respeita aos cuidados prestados ao doente;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de passagens de turno sem interrupções realizada por outros profissionais de saúde;
 - **Indicador:** Percentagem de passagens de turno sem interrupções realizada por outros profissionais de saúde;
 - **Meta:** 95% de passagens de turno sem interrupções realizada por outros profissionais de saúde;
- ❖ **Objetivo:** Aumentar o número de passagens de turno sem conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados.
 - **Indicador:** Percentagem de passagens de turno sem conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados;
 - **Meta:** 85% de passagens de turno sem conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados;
- ❖ **Objetivo:** Melhorar a cultura de segurança no serviço de medicina da ULS na grande área de LVT;
 - **Indicador:** Percentagem de melhoria da cultura de segurança no serviço de medicina da ULS na grande área de LVT;
 - **Meta:** 60% de melhoria da cultura de segurança no serviço de medicina da ULS na grande área de LVT.

Com estes indicadores pretende-se monitorizar e avaliar as atividades ou as intervenções de maneira a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Deve-se verificar se os objetivos propostos foram atingidos ou não.

Por último, como foi referido anteriormente, para os autores Walley e Gowland (2004), citado por Lage e Sousa (2013), temos a fase do *Act* que corresponde à etapa de tomada de decisão face aos resultados obtidos e o impacto que estes tiveram no processo de melhoria da qualidade. Sendo assim, irá ser avaliado se os indicadores foram atingidos ou não. No caso de

estes não serem atingidos deve ser revisto todo o plano de ação e todas as atividades/intervenções propostas e ajustar os indicadores. Posteriormente avaliá-los e assim consecutivamente até atingir os resultados pretendidos. Também é fundamental dar sempre o feedback aos profissionais de saúde sobre os resultados obtidos, realizar reforço positivo e motivar a equipa.

Este método do PDCA, serve como ferramenta dos processos de melhoria da qualidade, permitindo a melhoria da performance do indivíduo, como a performance da equipa e a performance da organização de saúde.

Conclusão

A segurança do doente encontra-se ligada à qualidade da saúde. Atualmente tem sido uma preocupação por parte de organizações de saúde. Neste sentido, foi elaborado este projeto de investigação sobre a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente. De acordo com Sales (2021), é fundamental aumentar a segurança dos doentes, garantido os melhores cuidados de saúde aos doentes, e envolver dos profissionais de saúde, de maneira a promover aprendizagem através dos erros, desenvolvendo e implementando estratégias e boas práticas com base na evidência científica, com o objetivo de aumentar a cultura de segurança nas organizações de saúde.

A realização deste estudo evidenciou a importância de uma comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente. Para garantir a segurança é essencial que a comunicação entre os profissionais de saúde, seja rigorosa, atempada, frequente, clara e simples. Também é indispensável que os profissionais de saúde partilhem entre si objetivos, conhecimentos/saberes, e que exista respeito mútuo, assim como a comunicação entre os profissionais seja direcionada para a resolução de problemas e não para sentimento de culpabilização, é desta forma que as organizações de saúde se aproximam de organizações altamente fiáveis/confiáveis. Também na transição dos cuidados do doente, nomeadamente nas passagens de turno é importante que esta comunicação seja transmitida eficazmente e que os doentes sejam identificados de forma inequívoca, pois desta maneira podemos garantir que a informação seja rigorosamente transmitida, garantindo a segurança do doente e promovendo a redução de erros ou possíveis falhas.

A identificação inequívoca do doente é um fator essencial para a segurança do doente. Para os autores Sales et al. (2021), se a identificação do doente for realizada incorretamente, pode colocar em risco a segurança do doente, uma vez que se encontra associado a diversos incidentes. Esta preocupação tem sido visível por parte das organizações de saúde. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a que a identificação inequívoca do doente não se encontra apenas associada à colocação da pulseira de identificação, também é necessário, como é evidente nas normas da OMS ou da DGS, que a identificação inequívoca do doente seja realizada através de pelo menos dois dados fidedignos de identificação do doente, por exemplo o nome completo do doente, a data de nascimento, ou o número do processo clínico único na

instituição. É de realçar que o número da cama ou do quarto não deve ser utilizado como dado fidedigno de identificação inequívoca do doente.

O enfermeiro tem intervenções independentes ou interdependentes de outros profissionais de saúde (exemplo: administração de medicação), posto isto é importante que seja realizada uma correta identificação do doente, pois só assim é que se pode evitar falhas ou incidentes que podem levar a quase dano ou dano para o doente e ou para a família. Para além de causar dano ao doente pode levar a um aumento dos custos financeiros e económicos para as organizações de saúde. Posto isto, é fundamental que estas falhas na segurança do doente sejam evitadas, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados ao mesmo.

É de salientar a importância de relatar incidentes de segurança do doente, promovendo a aprendizagem dos profissionais, tornando as organizações de saúde mais fortes.

Com este estudo, também foi visível a importância de promover ações de formação aos profissionais de saúde e sensibilizá-los para a segurança do doente, nomeadamente para uma comunicação eficaz de identificação inequívoca do doente. É fundamental também envolver o próprio doente e a sua família, nesta temática de segurança do doente, aumentando assim a literacia em saúde.

Este projeto de investigação permitiu não só avaliar a perceção dos enfermeiros de um serviço sobre a importância da comunicação na identificação inequívoca do doente, como também observar as práticas dos participantes relativamente a esta temática, percebendo os pontos fortes e os pontos a melhorar. Sendo assim, é importante desenvolver estratégias para uma melhoria continua dos cuidados com a finalidade de aumentar a cultura de segurança não só no serviço onde foi realizado o estudo, mas também a nível da organização de saúde, envolvendo sempre os profissionais de saúde, o doente, a sua família e cuidador do doente ou representante legal do mesmo.

Por último é de realçar, que a tecnologia e a inteligências artificial têm evoluído nos últimos séculos, sendo necessário que a saúde acompanhe esta evolução, permitindo melhores meios e garantindo melhores cuidados ao doente.

Como recomendação para futuros estudos, sugiro que este estudo seja replicado, em diferentes serviços e organizações de saúde, de forma a perceber a comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente e possibilitando a validação do questionário da identificação inequívoca do doente. Sugere-se também que se aplique um estudo sobre a cultura de segurança dos profissionais de saúde. Por fim, outra sugestão é que seja realizado um estudo para perceber a coordenação relacional entre as diversas equipas do serviço.

Fontes

- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Diário da República: 1ª Série, n.º 215, (2023-11-7), 4-20.*
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República N.º 28/2015. Série II, (2015-02-10).* <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. *Diário da República n.º 102/2015, Série II, (2015-05-27).* <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021, Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República n.º 187/2021, Série II. (2021-09-24).* <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Referências Bibliográficas

- Abdellatif, A., Bagian, J. P., Barajas, E. R., Cohen, M., Cousins, D., Denham, C. R., Essinger, K., Gegelashvili, G., Hoffman, C., Horvath, D., Khoja, T., Klazinga, N., Lee, C. E., Letlape, T. K., Lilja, B., Manasse, H. R., Massoud, M. R., Wilson, R. M., ... Youngson, R. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), 439–442. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33128-0)
- Abdellatif, A., Bagian, J. P., Barajas, E. R., Cohen, M., Cousins, D., Denham, C. R., Essinger, K., Gegelashvili, G., Glenister, H., Hoffman, C., Horvath, D., Khoja, T., Klazinga, N., Lee, C. E., Letlape, T. K., Lilja, B., Manasse, H. R., Massoud, M. R., Wilson, R. M., ... Youngson, R. (2007). Patient Safety Solutions Preamble - May 2007. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33 (7), 427–429. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(07\)33126-7](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(07)33126-7)
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019, September 7). *Measurement of Patient Safety*. Agency for Healthcare Research and Quality & Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/measurement-patient-safety>
- Agency for Healthcare Research and Quality & Patient Safety Network. (s.d.). *Swiss Cheese Model*. Agency for Healthcare Research and Quality & Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/taxonomy/term/3460>
- ALLEA. (2024). Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação – Edição revista 2023. ALLEA - All European Academies. DOI 10.26356/ECOC-Portuguese
- Almeida, M. F. (2016). *Identificação do Doente em Contexto Hospitalar*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/7189>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2020). *Communicating for Safety: Improving clinical communication, collaboration and teamwork in Australian health services. Scoping paper June 2020*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2020-12/final_scoping_paper_-_improving_communication_collaboration_and_teamwork_in_australian_health_services_-_june_2020.pdf
- Australian Commission for Safety and Quality in Health Care. (2010). *Specifications for a standard patient identification band - FACT SHEET*. Australian Commission for Safety and Quality in Health Care. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/FactSheet-PatID-Band.pdf>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed.). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Bolton, R., Logan, C., & Gittel, J. H. (2021). Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. *Journal of Applied Behavioral Science*, 57 (3), 290–322. <https://doi.org/10.1177/0021886321991597>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020, December 3). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2):459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Caldas, L., & Gomes, L. B. (2021). Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidados. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed., pp. 79-88). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Campenhoudt, L.V., Marquet, J., & Quivy, R. (2021). *Manual de investigação em ciências sociais* (1ªed. em e-book). Gradiva.
- Campos, A. P. & Antunes M. T. (2022). Os modelos de acreditação de serviços e a sua importância no processo de melhoria contínua da qualidade. Em Frederico, M., & Sousa, F. (Coord.) *Gerir com Qualidade em Saúde* (1ª ed., pp. 191-202). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Carmeli, A., & Gittell, J. H. (2009). High-quality relationships, psychological safety, and learning from failures in work organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 30 (6), 709–729. <https://doi.org/10.1002/job.565>
- Chora, J. M., & Correia, P. (2022). Gestão organizacional e qualidade: experiência prática de implementação do modelo da Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía. Em Frederico, M., & Sousa, F. (Coord.) *Gerir com Qualidade em Saúde* (1ª ed., pp. 175-182). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção-Geral da Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_201?sequence=4
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde* (Orientação nº18/2011). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma nº 001/2017). Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais* (Norma nº 005 /2018 de 20/02/2018). Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/02/i025764.pdf>
- Doval, E., Viladrich, C., & Angulo-Brunet, A. (2023). Coefficient Alpha: The Resistance of a Classic. *Psicothema*, 35(1), 5–20. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.321>
- Esteves, C. & Pinto, D. (2021). Importância de um Programa de Gestão da Qualidade na Saúde para a Segurança do Doente. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed., pp. 19-30). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes. Uma abordagem Prática* (1ªed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Fragata, J., Sousa, P., & Santos, R. S. (2019). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. Em Sousa, P., & Mendes, W. (Orgs.) *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (2nd ed., revista e ampliada, pp.20-40). CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.
- Faria, N., & Sousa, S. (2021). Indicadores de Segurança do Doente. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed., pp. 185-194). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fortin, M.F. (2009) *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5ªed.). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde. (2011). *Estratégias para a Saúde III.3) Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf
- Gittell, J. H. (2006). Relational coordination: Coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect. Em *Relational Perspectives in Organizational Studies: A Research Companion* (pp. 74–94). Edward Elgar Publishing Ltd. <https://doi.org/10.4337/9781781950548.00011>
- Gittell, J. H. (2016). *Transforming relationships for high performance: The Power of Relational Coordination*. Stanford Business Books.
- Gittell, J. H., & Ali, H. N. (2021). *Relational analytics: Guidelines for analysis and action. Relational Analytics: Guidelines for Analysis and Action*. Routledge (pp. 1–190). <https://doi.org/10.4324/9781003036371>

- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. M. (2021). *Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações* (1ª ed). PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J. H., & Lin, W. T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x>
- Hill, M. M., Andrew Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário* (2ªed.). Edições Sílabo.
- Hulley, S. B., Cumming, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., Hearst, N. B., & Newman, T.B. (2008). *Delineando a Pesquisa clinica Uma Abordagem epidemiológica* (3ªed.). ARTMED EDITORA S.A.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S., Eds.) The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>.
- Jeffs, L., Berta, W., Lingard, L., & Ross Baker, G. R. (2012). Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese hole. *BMJ Quality & Safety*, 21 (4), 287–294. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000256>
- Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert. *Joint Commission* 58(58):1-6. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/sea-58-hand-off-comm-9-6-17-final2.pdf>
- Joint Commission. (2024, Julho). *Patient Safety Systems (PS): Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Joint Commission. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/2024/ps-camhosp_ps_20240229_151042.pdf
- Joint Commission International. (2018). Communicating Clearly and Effectively to Patients How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care. *Joint Commission International*. <https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final.pdf>
- Lage, M. J., & Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar? *Tecno Hospital* 60, 22–27.
- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Lyons, M. N., Standley, T. D. A., & Gupta, A. K. (2010). Quality improvement of doctors' shift-change handover in neuro-critical care. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6). <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.028977>
- Martins, A. R. & Carvalho, J. C. (2012). *Gestão da Mudança na Saúde – Fundamentos e Roadmap* (1ª ed.). Edições Sílabo, Lda.
- Melo, A. D., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Guia de comunicação em saúde. Boas práticas. *Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, DGS – Direção Geral de Saúde / Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. <https://doi.org/10.21814/1822.78904>
- Mendes, C. M. F. G. S. & Barroso, F. F. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- National Health Service England & National Health Service Improvement. (2019). *The NHS Patient Safety Strategy Safer culture, safer systems, safer patients*. NHS England. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/190708_Patient_Safety_Strategy_for_website_v4.pdf

- Organização Mundial de Saúde. (2023). *Plano de ação global para a segurança do doente 2021-2030: Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008), Professional Communication and Team Collaboration. Em Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol.2, Chapter 33, pp. 271-284). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
- Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Em Frederico, M., & Sousa, F. (Coord.) *Gerir com Qualidade em Saúde* (1ª ed., pp. 63-73). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Perneger, T.V. (2005, Novembro 9). The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?. *BMC Health Services Research*, 5 (71), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-71>
- Raposo, V., & Ferreira, P.L. (2022). Interações entre políticas públicas e o sistema de saúde. Em Frederico, M., & Sousa, F. (Coord.) *Gerir com Qualidade em Saúde* (1ª ed., pp. 75-88). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Reason, J. (2000, Março 18). Education and debat. Human error: models and management. *British Medical Journal* (BMJ), 320, 768–770. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>
- Riesenberg, L. A., Leizsch, J., & Cunningham, J. M. (2010, April). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing* 110(4), 24-34. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09>
- Rodrigues, A. (2022). Governança clínica, governança “corporativa” e governança integrada. Em Frederico, M., & Sousa, F. (Coord.) *Gerir com Qualidade em Saúde* (1ª ed., pp. 3-20). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sales, L., (2021). Segurança do Doente no Século XXI. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed., pp. 2). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sales, L., Barroso, F., & Ramos, S. (2021). Identificação Inequívoca do Doente. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed., pp. 209-216). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sørensen, E. E., & Brahe, L. (2014). Interruptions in clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9–10), 1274–1282. <https://doi.org/10.1111/jocn.12329>
- Vernaz, N., Simona, A. Samer, C. F. (2020). The Swiss Cheese Prescribing Model for Precision Medicine. *The American Journal of Medicine*, 133 (11), 1249-1251. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.06.001>
- Webster, K. L. W., Keebler, J. R., Lazzara, E. H., Chaparro, A., Greilich, P., & Fagerlund, A. (2022). Handoffs and Teamwork: A Framework for Care Transition Communication. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(6–7), 343–353. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.04.001>
- World Health Organization, OECD, & International Bank. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *Health care accreditation and quality of care: exploring the role of accreditation and external evaluation of health care facilities and organizations*. World

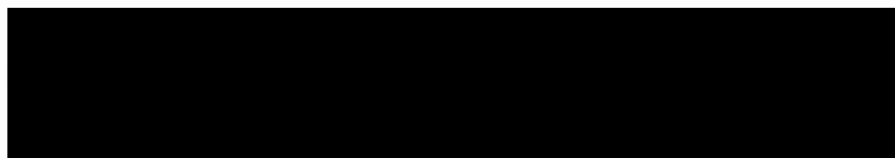
Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363528/9789240055230-eng.pdf?sequence=1>

Yilmaz, A. T., Demirsoy, N., & Martins, M. M. F. P.S. (2018). Validity and Reliability Testing of the Turkish Version of the "Scale of Perception of Nursing Activities that Contribute to Nursing Care Quality (EPAECQC)". *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1340-1351. [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/2_Demirsoy_11_3_1\[11191\].pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/2_Demirsoy_11_3_1[11191].pdf)

Yin, R.K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6thed.). SAGE Publications, Inc.

Anexos

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER

Data: 26/06/2024

Processo nº 1548/2024

Relatora: [REDACTED]

Título: “A Comunicação na identificação inequívoca do doente”

Investigador Principal: Enf. Ana Rita Mendes Antunes dos Santos [REDACTED]

Investigador associado: Enf. Susana Ramos (GSD); Prof. Generosa Nascimento (orientadora ISCTE)
Lisboa

Local: Serviço de Medicina [REDACTED]

Projeto realizado no âmbito de tese de Mestrado no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa - Business School.

Trata-se de um estudo de caso, observacional e transversal que irá ocorrer no serviço de Medicina [REDACTED], com o objetivo principal: implementar um projeto na área da segurança do doente com enfoque na comunicação eficaz para identificação inequívoca no processo de cuidados de saúde.

Os objetivos específicos do estudo são:

- Avaliar a perceção dos enfermeiros de um serviço de internamento de medicina, relativamente à importância da comunicação na identificação inequívoca do doente;
- Observar as práticas dos enfermeiros na comunicação eficaz para a identificação inequívoca com base nas normas nacionais e internacionais referentes à temática;
- Identificar pontos fortes e pontos fracos das práticas dos enfermeiros relativa à comunicação eficaz para a identificação inequívoca do doente;
- Definir estratégias de melhoria para uma comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente.

A população em estudo serão os Enfermeiros, sendo aplicado dois questionários e posteriormente dois guiões de observação. Os questionários serão fornecidos aos participantes de forma on-line, através da plataforma do Google forms. Os questionários e escalas são validados para a população portuguesa. A base de dados é pseudonimizada, com acesso restrito à investigadora principal, guardada em computador no Gabinete de Segurança do Doente. Os dados serão destruídos aquando da conclusão do estudo.

Foi facultado o Consentimento Informado.

Foram facultados os pareceres hierárquicos.

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

A Presidente da Comissão de Ética



Anexo B – Parecer do Conselho de Administração

EXTRATO ATA N.º RCA/32/2024

Assunto: INV 605 - A Comunicação na identificação inequívoca do doente

Documento n.º: I/22979/2024

Para os devidos efeitos, transcreve-se a deliberação do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde [REDACTED] EPE, de 31-07-2024, constante da ata n.º RCA/32/2024, referente ao assunto em epígrafe, e tomada em reunião em que estiveram presentes os seguintes elementos:

DIRETOR CLÍNICO HOSPITALAR - [REDACTED]

DIRETOR CLÍNICO CSP - [REDACTED]

VOGAL EXECUTIVO 1 - [REDACTED]

VOGAL EXECUTIVO 2 - [REDACTED]

2- INV 605 - A Comunicação na identificação inequívoca do doente

O Conselho de Administração autoriza, nos termos do parecer da AGFC e desde que não se verifiquem encargos para a ULS [REDACTED]

Resultado da votação

Votos a favor: 4; Votos contra: 0; Abstenções: 0

Ata assinada com assinaturas digitais certificadas

[REDACTED] 02/08/2024

P'lo Conselho de Administração

Anexo C – Consentimento para aplicar o questionário e Grelha de observação de identificação inequívoca do doente

Consentimento para aplicação do questionário e grelha de observação
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa - *Business School*.

Exma. Senhora Enfermeira Gestora Maria Fátima Almeida, Mestre em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Eu, Ana Rita Mendes Antunes dos Santos, enfermeira a exercer funções na ULS de [REDACTED] encontro-me a desenvolver uma tese de Mestrado em Gestão de Empresas do ISCTE - *Business School* com o tema de “A Comunicação na identificação inequívoca do doente. Mais informo que o referido trabalho terá como orientadora a professora Generosa do Nascimento, professora na mesma instituição e a orientação da Enf.ª Susana Ramos, enfermeira gestora e coordenadora do Gabinete de Segurança do Doente da ULS São José.

Este projeto tem como objetivo geral implementar um projeto na área da segurança do doente com enfoque na comunicação eficaz para identificação inequívoca no processo de cuidados de saúde, contemplando a perceção dos enfermeiros que trabalham num serviço de medicina.

Tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança do doente hospitalizado, diminuindo possíveis danos, promovendo práticas seguras nos cuidados prestados.

Venho por este meio pedir autorização para utilizar e aplicar o questionário e grelha de observação realizado pela autora Maria de Fátima Sequeira de Almeida, na sua tese de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde cujo tema é Identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar, realizada em 2016.

Se necessária mais alguma informação, poderão contactar-me através do [REDACTED] ou do endereço eletrónico [REDACTED]

Com os melhores Cumprimentos

A requerente

[REDACTED]
Ana Rita Santos

A autora do Questionário e grelha de observação

[REDACTED]
Maria de Fátima Sequeira de Almeida

Data: 11 de abril de 2024

Anexo D – Consentimento informado para Enfermeiros

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Consentimento Informado

Tema: “A Comunicação na identificação inequívoca do doente.”

Nome do Participante:
BI/CC:
Nome do Investigador:

Autora do estudo: Eu, Ana Rita Mendes Antunes dos Santos, enfermeira a exercer funções na Unidade Funcional de [REDACTED] encontro-me a desenvolver a tese de Mestrado em Gestão de Empresas do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, na Iscte *Business School* com o tema “A Comunicação na identificação inequívoca do doente”.

Esta investigação tem como objetivo geral implementar um projeto na área da segurança do doente com enfoque na comunicação eficaz para identificação inequívoca do doente, no processo de cuidados de saúde, contemplando a perceção dos enfermeiros que trabalham num serviço de medicina.

Tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança do doente hospitalizado, diminuindo possíveis danos e promovendo práticas seguras nos cuidados prestados.

Desta forma, peço consentimento para responder a dois questionários, um sobre a identificação inequívoca do doente e outro sobre a Coordenação relacional no âmbito da comunicação eficaz. Estes questionários serão anónimos, voluntários e o participante e o serviço não serão identificados. Também peço autorização para observar os procedimentos relacionados com a segurança do doente na prestação de cuidados, particularmente na identificação inequívoca do doente, nomeadamente na preparação de terapêutica, antes de colheita de produtos analíticos, administração de hemoderivados e antes da transferência do doente para exames, outros serviços e bloco operatório; e a comunicação eficaz na transição de cuidados, nomeadamente na passagem de turno. Os resultados obtidos serão tratados e utilizados para o projeto.

O participante é livre de participar ou não neste estudo e pode desistir da participação neste projeto em qualquer momento e sem prejuízo para o próprio. Também serão

esclarecidas quaisquer dúvidas que o participante apresente. Este estudo não apresenta qualquer risco, nem para o profissional de saúde, nem para o doente.

Participante: Tomei conhecimento de toda informação que me foi facultada, acerca desde estudo a realizar, assim como o seu objetivo, a sua finalidade assim como o a confidencialidade dos dados, e foi-me informado o direito de aceitar, recusar ou de desistir em qualquer momento a minha participação neste estudo, sem que haja prejuízo para a minha pessoa.

Desta forma, aceito de livre vontade participar neste projeto de investigação, tendo em conta a informação fornecida pelo investigador.

Local/Data:	Contato do Participante:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contato do Investigador:  ou 
Assinatura do Investigador Principal:	

Anexo E – Consentimento informado para Doente/representante Legal

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA



Consentimento Informado

Tema: “A Comunicação na identificação inequívoca do doente.

Nome do Participante:
BI/CC:
Nome do Investigador:

Autora do estudo: Eu, Ana Rita Mendes Antunes dos Santos, enfermeira a exercer funções na Unidade Funcional de [REDACTED] encontro-me a desenvolver a tese de Mestrado em Gestão de Empresas do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, na Iscte *Business School* com o tema “A Comunicação na identificação inequívoca do doente”.

Esta investigação tem como objetivo geral implementar um projeto na área da segurança do doente com enfoque na comunicação eficaz para identificação inequívoca do doente, no processo de cuidados de saúde, contemplando a perceção dos enfermeiros que trabalham num serviço de medicina.

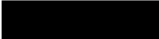
Tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança do doente hospitalizado, diminuindo possíveis danos e promovendo práticas seguras nos cuidados prestados.

Desta forma, peço consentimento para observar os procedimentos relacionados com a segurança do doente na prestação de cuidados, particularmente na identificação inequívoca do doente, nomeadamente na preparação de terapêutica, antes de colheita de produtos analíticos, administração de hemoderivados e antes da transferência do doente para exames, outros serviços e bloco operatório. Os resultados obtidos serão tratados e utilizados para o projeto.

O participante é livre de participar ou não neste estudo e pode desistir da participação neste projeto em qualquer momento e sem prejuízo para o próprio. Também serão esclarecidas quaisquer dúvidas que o participante apresente. Este estudo não apresenta qualquer risco, nem para o profissional de saúde, nem para o doente.

Participante: Tomei conhecimento de toda informação que me foi facultada, acerca desde estudo a realizar, assim como o seu objetivo, a sua finalidade assim como o a confidencialidade dos dados, e foi-me informado o direito de aceitar, recusar ou de desistir em qualquer momento a minha participação neste estudo, sem que haja prejuízo para a minha pessoa.

Desta forma, aceito de livre vontade participar neste projeto de investigação, tendo em conta a informação fornecida pelo investigador.

Local/Data:	Contato do Participante:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contato do Investigador:  ou 
Assinatura do Investigador Principal:	

Anexo F – Consentimento informado de tratamento de dados Pessoais



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais –

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

--

Nome do Participante:

BI/CC:

Nome do Investigador: Ana Rita Mendes Antunes dos Santos

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado declaro que:

1. Tomei conhecimento:

- dos meus direitos relativamente ao tratamento dos meus dados pessoais, bem como da finalidade do tratamento a que os meus dados pessoais se destinam;
- do prazo de conservação dos dados pessoais para a realização do presente projeto de investigação;
- de que posso retirar o meu consentimento de participante no Projeto de Investigação a qualquer momento, sem fornecer nenhuma razão para tal, sem que isso acarrete qualquer impacto negativo para mim ou meus familiares, devendo fazê-lo, por escrito, através do contacto do Investigador Principal abaixo mencionado, ou pelo e-mail [REDACTED] [REDACTED] relativo ao Encarregado de Proteção de Dados do [REDACTED]. Neste caso, os dados recolhidos, entretanto, não serão apagados pois fazem parte de um estudo científico, ficando abrangidos por todas as medidas de proteção de dados;
- da Política de Privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais, do [REDACTED];
- de que posso contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail [REDACTED].

2. Dou o meu consentimento para:

- a recolha e o tratamento dos meus dados pessoais no âmbito da finalidade do presente projeto de investigação;
- que o meu médico e os especialistas responsáveis pelo presente projeto de investigação tenham acesso aos meus dados armazenados no âmbito da finalidade do tratamento;
- que, em caso de publicação, os dados pessoais sejam mantidos anónimos e codificados, de forma a garantir que a minha identidade pessoal não seja distinguida e/ou identificável.

Local/Data:	Contacto do Participante:
Assinatura do Participante:	
Local/Data:	Contacto do Investigador: [REDACTED]
Assinatura do Investigador Principal:	



Anexo G – Consentimento informado de tratamento de dados Pessoais/representante Legal

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais/Representante Legal -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

“A Comunicação na identificação inequívoca do doente”

Nome do Participante:

BI/CC:

Nome do Representante Legal do Participante:

BI/CC:

Nome do Investigador: Ana Rita Mendes Antunes dos Santos

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado declaro que:

1. Tomei conhecimento:

- dos direitos relativamente ao tratamento dos dados pessoais do(a) doente, por mim representado(a), bem como da finalidade do tratamento a que os dados pessoais do(a) menor, por mim representado(a), se destinam;
- do prazo de conservação dos dados pessoais para a realização do presente projeto de investigação;
- de que posso retirar o meu consentimento relativamente à participação do(a) doente, por mim representado(a), no Projeto de Investigação a qualquer momento, sem fornecer nenhuma razão para tal, sem que isso acarrete qualquer impacto negativo para o(a) doente, ou seus familiares, devendo fazê-lo, por escrito, através do contacto do Investigador Principal abaixo mencionado, ou pelo e-mail [REDACTED] relativo ao Encarregado de Proteção de Dados do [REDACTED]. Neste caso, os dados recolhidos, entretanto, não serão apagados pois fazem parte de um estudo científico, ficando abrangidos por todas as medidas de proteção de dados;
- da Política de Privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais, do [REDACTED];
- de que posso contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail [REDACTED].

2. Dou o meu consentimento para:

- a recolha e o tratamento dos dados pessoais do(a) doente, por mim representado(a), no âmbito da finalidade do presente projeto de investigação;
- que o seu médico e os especialistas responsáveis pelo presente projeto de investigação tenham acesso aos dados do(a) doente, por mim representado(a) armazenados no âmbito da finalidade do tratamento;
- que, em caso de publicação, os dados pessoais sejam mantidos anónimos e codificados, de forma a garantir que a identidade pessoal do doente não seja distinguida e/ou identificável.

Local/Data:

Contacto do Representante Legal:

Assinatura do Representante Legal:

Local/Data:

Contacto do Investigador:

Assinatura do Investigador Principal:

Anexo H – Questionário da Identificação Inequívoca do Doente

Questionário

Identificação inequívoca do doente

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, da Iscte Business School estou a realizar um estudo subordinado ao tema “**A Comunicação na identificação inequívoca do doente**”. Este estudo é realizado por Ana Rita Santos [REDACTED]. Caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou partilhar algum comentário, estarei disponível.

Neste sentido, foi elaborado este questionário que tem como objetivo avaliar a identificação inequívoca do doente, considerando o que pensa relativamente à temática, e o que faz na sua prática profissional, e não o que acha correto como Enfermeiro. Desta forma, solicito a sua colaboração para responder a todas as questões, agradecendo a sua disponibilidade.

Primeira parte

Caraterização da Amostra

1. Idade (em anos) _____
2. Sexo:
Feminino ☐ Masculino ☐
3. Tempo de experiência profissional (em anos) _____
4. Tempo de experiência no atual serviço (em anos) _____
5. Formação Académica (assinale a formação mais atual):
 - 5.1. Licenciatura ☐
 - 5.2. Mestrado ☐
 - 5.3. Doutoramento ☐
 - 5.4. Outras: _____
6. Formação profissional:
 - 6.1. Especialidade ☐
 - 6.2. Pós-graduação ☐
7. Alguma vez participou em formação sobre Segurança do Doente?
Sim ☐ Não ☐
8. 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:

Nunca ----- 1
 Raramente ----- 2
 Algumas vezes ----- 3
 Quase sempre ----- 4
 Sempre ----- 5

N.	Proposições					
1	Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados	1	2	3	4	5
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 para o Bloco Operatório confirmo a sua identidade:					
10.1	Através dos 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:					
11.1	Através dos 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:					
12.1	Através dos 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:					
13.1	Através dos 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:					
14.1	Através dos 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:					
15.1	Através dos 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 a pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem porque é para bem deles	1	2	3	4	5
17	Coloco a pulseira de identificação ao doente confuso	1	2	3	4	5
18	Coloco a pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	1	2	3	4	5
19	Coloco a pulseira de identificação ao doente com problemas na barreira linguística	1	2	3	4	5
20	Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
21	Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	1	2	3	4	5
22	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
23	Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados de identificação inequívoca definidos para a pulseira	1	2	3	4	5
24	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 à identificação do doente em contexto hospitalar. Para cada uma delas indique, por favor, o seu **grau de concordância**, utilizando a seguinte escala:

Discordo totalmente 1
 Discordo 2
 Não concordo nem discordo 3
 Concordo 4
 Concordo totalmente 5

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

N.	Proposições					
25	Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	1	2	3	4	5
26	A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira própria para o efeito	1	2	3	4	5
27	É responsabilidade dos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde confirmar que prestam os cuidados à pessoa certa	1	2	3	4	5

28	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
29	Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente:					
29.1	O nome completo do doente	1	2	3	4	5
29.2	A data de nascimento	1	2	3	4	5
29.3	O número da cama/quarto	1	2	3	4	5
29.4	O número do processo clínico único na instituição	1	2	3	4	5
30	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
31	O uso de uma pulseira de identificação não dispensa o uso da técnica de identificação verbal	1	2	3	4	5
32	A identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira	1	2	3	4	5
33	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar medicação	1	2	3	4	5
34	A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	1	2	3	4	5
35	A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em:					
35.1	Internamento hospitalar	1	2	3	4	5
35.2	Hospital de dia	1	2	3	4	5
35.3	Atendimento em urgências	1	2	3	4	5
35.4	Realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	1	2	3	4	5
35.5	Cirurgia de ambulatório	1	2	3	4	5
36	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
37	O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	1	2	3	4	5
38	Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação será colocado na sua pulseira:					
38.1	Nome: Desconhecido	1	2	3	4	5
38.2	Número de episódio único provisório	1	2	3	4	5
39	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar sangue ou derivados	1	2	3	4	5
40	A pulseira deve ser retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	1	2	3	4	5
41	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
42	A pulseira deve ser inutilizada por corte e destruída	1	2	3	4	5
43	Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	1	2	3	4	5
44	Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	1	2	3	4	5
45	As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	1	2	3	4	5
46	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
47	A pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente	1	2	3	4	5
48	Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	1	2	3	4	5
49	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
50	No serviço onde exerço funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira	1	2	3	4	5

51	Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para outro serviço	1	2	3	4	5
52	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
53	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
54	No serviço onde exerço funções o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação	1	2	3	4	5
55	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
56	Um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão	1	2	3	4	5
57	Pergunto qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração

Anexo I – Questionário da Coordenação Relacional

Questionário

COORDENAÇÃO RELACIONAL

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, da Iscte Business School estou a realizar um estudo subordinado ao tema “**A Comunicação na identificação inequívoca do doente**”. Este estudo é realizado por Ana Rita Santos [REDACTED]. Caso pretenda esclarecer alguma dúvida ou partilhar algum comentário, estarei disponível.

Neste sentido, foi elaborado este questionário que tem como objetivo avaliar a coordenação relacional no trabalho, considerando o que faz na sua prática profissional, e não o que acha correto como Enfermeiro. Este questionário é um instrumento de dados simples e de rápida resposta. Desta forma, solicito a sua colaboração para responder a todas as questões, agradecendo a sua disponibilidade.

Para cada questão indique, por favor, o seu **grau de frequência**, utilizando a seguinte escala:

Nunca 1
Raramente 2
Ocasionalmente 3
Frequentemente 4
Constantemente 5

N.	Pergunta de Pesquisa	Escala				
		1	2	3	4	5
1.	Com que frequência os outros colegas enfermeiros comunicam consigo sobre o estado de cada doente?	1	2	3	4	5
2.	Os outros enfermeiros comunicam consigo atempadamente sobre o estado de cada doente?	1	2	3	4	5
3.	Os outros colegas enfermeiros comunicam consigo de forma rigorosa sobre o estado de cada doente?	1	2	3	4	5
4.	Quando surgem problemas do estado de cada doente, os outros colegas enfermeiros culpam os outros, ou trabalham consigo para resolver o problema?	1	2	3	4	5
5.	Os outros colegas enfermeiros partilham os seus objetivos no que respeita aos cuidados prestados ao doente?	1	2	3	4	5
6.	Os outros colegas enfermeiros sabem dos cuidados que realiza ao doente.	1	2	3	4	5
7.	Os outros colegas enfermeiros respeitam o trabalho que realiza ao doente.	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração

Anexo J – Grelha de Observação da Identificação Inequívoca do Doente

Guião de Observação
Prática para a Identificação do Doente

Serviço _____

Momentos de Identificação do Doente

Observação	Participante N° e Data	Indicação	ID Confirmada por:
1	Enfermeiro n° ____ data ____/____/____	Antes de administrar medicação ☐	Pulseira ☐ Primeiro Nome ☐ Apelido ☐ Nome completo ☐ Nome completo e data de nascimento ☐ Número da cama ☐ Não Confere ☐ Sem pulseira ☐ Doente sem Pulseira é colocada uma ☐ Pulseira de identificação deteriorada substituída ☐ Pulseira de identificação deteriorada não substituída ☐
		Antes de colher espécimes para análise ☐	Pulseira ☐ Primeiro Nome ☐ Apelido ☐ Nome completo ☐ Nome completo e data de nascimento ☐ Número da cama ☐ Não Confere ☐ Sem pulseira ☐ Doente sem Pulseira é colocada uma ☐ Pulseira de identificação deteriorada substituída ☐ Pulseira de identificação deteriorada não substituída ☐
		Antes de administrar hemoderivados ☐	Pulseira ☐ Primeiro Nome ☐ Apelido ☐ Nome completo ☐ Nome completo e data de nascimento ☐ Número da cama ☐ Não Confere ☐ Sem pulseira ☐ Doente sem Pulseira é colocada uma ☐ Pulseira de identificação deteriorada substituída ☐ Pulseira de identificação deteriorada não substituída ☐
		Antes de transferir para bloco operatório ☐	Pulseira ☐ Primeiro Nome ☐ Apelido ☐ Nome completo ☐ Nome completo e data de nascimento ☐ Número da cama ☐ Não Confere ☐ Sem pulseira ☐ Doente sem Pulseira é colocada uma ☐ Pulseira de identificação deteriorada substituída ☐ Pulseira de identificação deteriorada não substituída ☐
		Antes de transferir para outro serviço ☐	Pulseira ☐ Primeiro Nome ☐ Apelido ☐ Nome completo ☐ Nome completo e data de nascimento ☐ Número da cama ☐ Não Confere ☐ Sem pulseira ☐ Doente sem Pulseira é colocada uma ☐ Pulseira de identificação deteriorada substituída ☐ Pulseira de identificação deteriorada não substituída ☐
		Antes transferir para Exames Complementares de Diagnostico ☐	Pulseira ☐ Primeiro Nome ☐ Apelido ☐ Nome completo ☐ Nome completo e data de nascimento ☐ Número da cama ☐ Não Confere ☐ Sem pulseira ☐ Doente sem Pulseira é colocada uma ☐ Pulseira de identificação deteriorada substituída ☐ Pulseira de identificação deteriorada não substituída ☐

Anexo K – Grelha de Observação da Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno

Grelha de Observação – Comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno

Técnica ISBAR	Eventos	Dados mínimos a transmitir	Sim	Não	N/A
➤ Identificação	- Identificação dos profissionais de saúde e localização; - Identificação do doente (nome completo e data de nascimento)	• Nome do profissional de saúde e função do emissor;			
		• Nome do profissional de saúde e função do recetor;			
		• Serviço de origem/destinatário.			
		• Nome completo do utente;			
		• Data de nascimento;			
		• Género;			
		• Nacionalidade do doente;			
		• Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.			
➤ Situação atual	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;	• Data e hora de admissão;			
		• Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;			
		• Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.			
➤ Antecedentes	- Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes; - Diretivas antecipadas de vontade.	• Antecedentes clínicos;			
		• Níveis de dependência;			
		• Diretivas antecipadas de vontade;			
		• Alergias conhecidas ou da sua ausência;			
		• Hábitos relevantes;			
		• Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;			
		• Técnicas invasivas realizadas;			
		• Presença ou risco de colonização/infecção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;			
➤ Avaliação	- Informações sobre o estado do doente; - Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; - Estratégias de tratamento; - Alterações de estado de saúde significativas.	• Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.			
		• Problemas ativos;			
		• Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;			
		• Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas			
➤ Recomendações	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.	• Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.			
		• Indicação do plano de continuidade de cuidados;			
		• Informação sobre consultas e MCDT agendados;			
		• Identificação de necessidades do cuidador informal.			

Transferência de cuidados na passagem de turno				
		Sim	Não	N/A
• Verbal (cara a cara)				
• Tempo para colocar e responder perguntas				
• Partilha e discussão de informação relacionada com utente				
Barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno				
➤ Ambiente Físico	• Interrupções realizada por outros profissionais de saúde			
	• Horário específico			
	• Ruído de telefones			
	• Ruído de aparelhos eletrónicos			
	• Alarmes de monitores			
	• Alarmes das Campanhas			
➤ Problemas na comunicação	• Discurso desorganizado			
	• Conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados			
	• Omissão de informação			
	• Informação incompleta			
	• Lapsos de atenção			

Grelha de observação adaptada; Modelo explicativo da técnica ISBAR (DGS, 2017); Joint Commission (2017); Webster et al, (2022); Riesenberg et al (2010); Sørensen & Brahe (2013).

Anexo L – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica - Idade dos participantes (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Idade								
[20,25[	[25,30[	[30,35[	[35,40[	[40,45[	[45,50[	[50,55[	[55,60[	[60,65[
7	4	4	2	2	2	0	1	1
30.43%	17.39%	17.39%	8.70%	8.70%	8.70%	0.00%	4.35%	4.35%

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica –Sexo dos participantes (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Sexo	
Feminino	Masculino
86.96%	13.04%

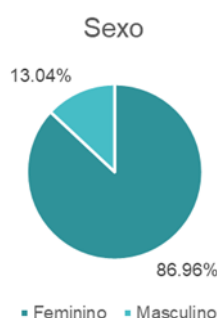


Gráfico 23 - Caracterização sociodemográfica - Sexo dos participantes (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica- Tempo de experiência profissional (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Tempo de experiência profissional (em anos)						
[0,5[	[5,10[	[10,15[	[15,20[	[20,25[	[25,30[	[30,35[
8	6	2	3	1	1	2
34.78%	26.09%	8.70%	13.04%	4.35%	4.35%	8.70%



Gráfico 24 - Caracterização sociodemográfica - Tempo de experiência profissional (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Tabela 5 - Caraterização sociodemográfica – Tempo de experiência no atual serviço (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Tempo de experiência no atual serviço (em anos)						
[0,5[	[5,10[	[10,15[	[15,20[	[20,25[	[25,30[	[30,35[
8	8	1	2	1	2	1
34.78%	34.78%	4.35%	8.70%	4.35%	8.70%	4.35%

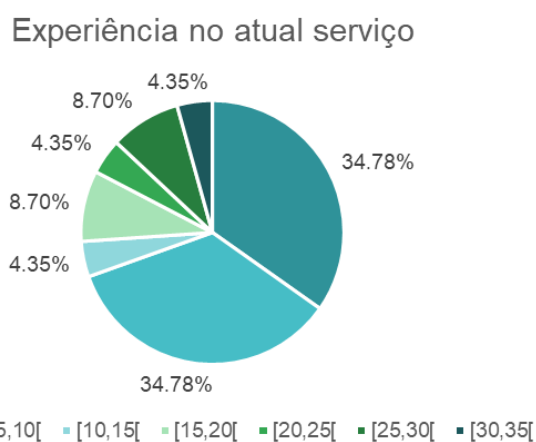


Gráfico 25 - Caraterização sociodemográfica – Tempo de experiência no atual serviço (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Tabela 6 - Caraterização sociodemográfica – Formação académica (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Formação Académica	
Licenciatura	Mestrado
95.65%	4.35%

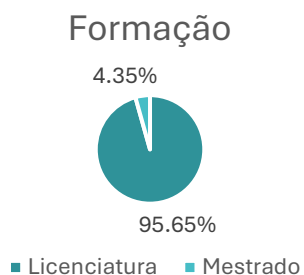


Gráfico 26 - Caraterização sociodemográfica – Formação académica (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Tabela 7 - Caraterização sociodemográfica - Variável: Formação profissional (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Formação Profissional
Especialidade
4.35%

Tabela 8 - Caraterização sociodemográfica – Variável: Participação em ação de formação sobre Segurança do Doente (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Participação em ações de formação sobre Segurança do Doente	
Sim	Não
82.61%	17.39%

Tabela 9 - Caraterização Sociodemográfica- Variável: Se nessa formação foi abordado o tema da Identificação Inequivoca do Doente (Questionário aplicado a 23 inquiridos)

% Sim	% Não
78.95%	21.05%

Anexo M - Resultados Obtidos do questionário da identificação inequívoca do doente

Tabela 10 - Resultados do questionário da identificação inequívoca do doente (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Perguntas do questionário da identificação inequívoca do doente	Análise Estatística									
	Média	Desvio Padrão	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Frequência das respostas				
						% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
1. Realizo confirmação da identidade do doente antes da prestação de cuidados	3.43	0.71	3	3	4	0.00	4.35	56.52	30.43	8.70
2.1. Confirmo os dados da pulseira de identificação, perguntando o nome ao doente	3.30	0.86	3	3	4	0.00	17.39	43.48	30.43	8.70
2.2. Confirmo os dados da pulseira de identificação, tratando o doente pelo primeiro nome	3.83	0.82	3	4	4	0.00	4.35	30.43	43.48	21.74
2.3. Confirmo os dados da pulseira de identificação, tratando o doente pelo apelido	2.04	0.86	1.5	2	2	26.09	52.17	13.04	8.70	0.00
2.4. Confirmo os dados da pulseira de identificação, perguntando o nome completo e a data de nascimento ao doente	2.91	1.02	2	3	4	8.70	26.09	34.78	26.09	4.35
3. Confio na minha memória, se conheço o doente não confirmo a sua identificação	3.22	1.06	3	3	4	8.70	13.04	34.78	34.78	8.70
4. Quando a pulseira de identificação está deteriorada, substituo-a	4.17	0.64	4	4	5	0.00	0.00	13.04	56.52	30.43
5. Quando encontro um doente sem pulseira de identificação, coloco-a antes de prestar cuidados	3.70	0.69	3	4	4	0.00	0.00	43.48	43.48	13.04
6. Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação, explico-lhe as razões pelas quais é importante a sua colocação	4.61	0.92	5	5	5	0.00	8.70	4.35	4.35	82.61
7. Coloco a pulseira de identificação no membro superior dominante	3.22	0.78	3	3	4	0.00	17.39	47.83	30.43	4.35
8. Coloco a pulseira de identificação no membro superior direito ou esquerdo indiferentemente	3.96	1.00	3	4	5	0.00	8.70	26.09	26.09	39.13
9. Se o doente recusa a colocação da pulseira de identificação, respeito a sua vontade	2.30	1.43	1	2	3	39.13	26.09	17.39	0.00	17.39
10.1. Quando o doente vai para o Bloco Operatório, confirmo a sua identidade através dos dados da pulseira de identificação	4.74	0.61	5	5	5	0.00	0.00	8.70	8.70	82.61
10.2. Quando o doente vai para o Bloco Operatório, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	3.65	1.34	3	4	5	8.70	13.04	21.74	17.39	39.13
10.3. Quando o doente vai para o Bloco Operatório, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	3.74	1.29	2.5	4	5	4.35	21.74	8.70	26.09	39.13
10.4. Quando o doente vai para o Bloco Operatório, confirmo a sua identidade através do número da cama	2.17	1.31	1	2	3	47.83	13.04	17.39	17.39	4.35
11.1. Quando o doente vai realizar exames complementares de diagnóstico, confirmo a sua identidade através dos dados da pulseira de identificação	4.00	0.93	3	4	5	0.00	4.35	30.43	26.09	39.13
11.2. Quando o doente vai realizar exames complementares de diagnóstico, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	2.91	1.28	2	3	4	21.74	8.70	39.13	17.39	13.04
11.3. Quando o doente vai realizar exames complementares de diagnóstico, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	3.26	1.19	2	3	4	4.35	26.09	30.43	17.39	21.74
11.4. Quando o doente vai realizar exames complementares de diagnóstico, confirmo a sua identidade através do número da cama	2.22	1.25	1	2	3	43.48	13.04	26.09	13.04	4.35

Perguntas do questionário da identificação inequívoca do doente	Análise Estatística									
	Média	Desvio Padrão	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Frequência das respostas				
						% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
12.1. Quando o doente vai ser transferido de serviço, confirmo a sua identidade através dos dados da pulseira de identificação	3.96	1.12	3	4	5	0.00	13.04	26.09	13.04	47.83
12.2. Quando o doente vai ser transferido de serviço, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	2.61	1.34	1	3	3	30.43	13.04	34.78	8.70	13.04
12.3. Quando o doente vai ser transferido de serviço, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	3.17	1.37	2	3	4.5	8.70	34.78	13.04	17.39	26.09
12.4. Quando o doente vai ser transferido de serviço, confirmo a sua identidade através do número da cama	2.39	1.31	1	2	3.5	39.13	13.04	21.74	21.74	4.35
13.1. Antes de administrar medicação ao doente, confirmo a sua identidade através dos dados da pulseira de identificação	2.83	0.92	2	3	3	4.35	30.43	52.17	4.35	8.70
13.2. Antes de administrar medicação ao doente, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	2.65	0.87	2	3	3	13.04	21.74	52.17	13.04	0.00
13.3. Antes de administrar medicação ao doente, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	2.74	1.19	2	3	3	13.04	34.78	30.43	8.70	13.04
13.4. Antes de administrar medicação ao doente, confirmo a sua identidade através do número da cama	2.83	1.27	1.5	3	4	26.09	8.70	26.09	34.78	4.35
14.1. Antes de administrar sangue ou derivados ao doente, confirmo a sua identidade através dos dados da pulseira de identificação	4.65	0.70	5	5	5	0.00	0.00	13.04	8.70	78.26
14.2. Antes de administrar sangue ou derivados ao doente, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	3.43	1.72	1.5	4	5	26.09	8.70	8.70	8.70	47.83
14.3. Antes de administrar sangue ou derivados ao doente, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	4.09	1.18	3	5	5	0.00	17.39	13.04	13.04	56.52
14.4. Antes de administrar sangue ou derivados ao doente, confirmo a sua identidade através do número da cama	2.22	1.53	1	1	3	52.17	13.04	13.04	4.35	17.39
15.1. Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise ao doente, confirmo a sua identidade através dos dados da pulseira de identificação	4.09	0.97	3.5	4	5	0.00	8.70	17.39	30.43	43.48
15.2. Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise ao doente, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome e apelido	2.91	1.38	1.5	3	4	26.09	8.70	26.09	26.09	13.04
15.3. Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise ao doente, confirmo a sua identidade pedindo-lhe que diga o seu nome completo e data de nascimento	3.39	1.41	2	4	5	13.04	17.39	17.39	21.74	30.43
15.4. Antes de colher sangue ou outros espécimes para análise ao doente, confirmo a sua identidade através do número da cama	2.52	1.41	1	2	3.5	34.78	17.39	21.74	13.04	13.04
16. Coloco a pulseira de identificação a todos os doentes mesmo que recusem, porque é para bem dos mesmos	4.09	1.10	3.5	4	5	4.35	4.35	17.39	26.09	47.83
17. Coloco a pulseira de identificação ao doente confuso	4.70	0.55	4.5	5	5	0.00	0.00	4.35	21.74	73.91
18. Coloco a pulseira de identificação ao doente com problemas de linguagem	4.70	0.55	4.5	5	5	0.00	0.00	4.35	21.74	73.91
19. Coloco a pulseira de identificação ao doente com problemas na barreira linguística	4.70	0.55	4.5	5	5	0.00	0.00	4.35	21.74	73.91
20. Peço ao doente que confirme os dados da pulseira de identificação	3.87	1.15	3	4	5	0.00	17.39	21.74	17.39	43.48

Perguntas do questionário da identificação inequívoca do doente	Análise Estatística									
	Média	Desvio Padrão	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Frequência das respostas				
						% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
21. Peço à família do doente, caso este não possa fazê-lo, que confirme os dados da pulseira de identificação	2.74	1.22	2	2	3.5	13.04	39.13	21.74	13.04	13.04
22. Confirmo que os resultados de meios complementares de diagnóstico e tratamento, quando em papel, contêm os dados de identificação definidos institucionalmente	3.52	1.28	3	4	5	8.70	13.04	26.09	21.74	30.43
23. Identifico a medicação do domicílio dos utentes com os mesmos dados de identificação inequívoca definidos para a pulseira	4.78	0.51	5	5	5	0.00	0.00	4.35	13.04	82.61
24. Asseguro-me que a identificação do doente está harmonizada nas várias etapas da prestação de cuidados e nos vários locais de registo	4.00	0.83	3.5	4	5	0.00	4.35	21.74	43.48	30.43
25. Nos serviços prestadores de cuidados de saúde deve ser sempre confirmada a identidade dos doentes	4.65	0.56	4	5	5	0.00	0.00	4.35	26.09	69.57
26. A identificação dos doentes deve ser feita com pulseira própria para o efeito	4.65	0.56	4	5	5	0.00	0.00	4.35	26.09	69.57
27. É responsabilidade dos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde confirmar que prestam os cuidados à pessoa certa	4.87	0.34	5	5	5	0.00	0.00	0.00	13.04	86.96
28. 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	4.04	1.00	3	4	5	0.00	8.70	21.74	26.09	43.48
29.1. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente: o nome completo do doente	3.48	1.38	2	4	5	8.70	26.09	4.35	30.43	30.43
29.2. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente: a data de nascimento	3.39	1.41	2	4	5	8.70	30.43	4.35	26.09	30.43
29.3. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente: o número da cama/quarto	2.09	1.10	1	2	2.5	34.78	39.13	13.04	8.70	4.35
29.4. Consideram-se dados de identificação fidedigna do doente: o número do processo clínico único na instituição	3.61	1.01	3.5	4	4	8.70	4.35	13.04	65.22	8.70
30. 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	4.70	0.62	5	5	5	0.00	0.00	8.70	13.04	78.26
31. O uso de uma pulseira de identificação não dispensa o uso da técnica de identificação verbal	4.43	0.77	4	5	5	0.00	4.35	4.35	34.78	56.52
32. A identificação do doente na cabeceira da cama dispensa a confirmação da identificação através da pulseira	1.61	0.77	1	1	2	52.17	39.13	4.35	4.35	0.00
33. Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar medicação	2.57	1.06	2	2	3	13.04	43.48	21.74	17.39	4.35
34. A pulseira serve como meio complementar de identificação segura	4.35	0.70	4	4	5	0.00	4.35	0.00	52.17	43.48
35.1. A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em: internamento hospitalar	4.30	0.91	4	5	5	0.00	8.70	4.35	34.78	52.17
35.2. A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em: hospital de dia	3.91	1.02	3	4	5	0.00	13.04	17.39	34.78	34.78
35.3. A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em: atendimento em urgências	4.30	1.12	4	5	5	8.70	0.00	0.00	34.78	56.52

Perguntas do questionário da identificação inequívoca do doente	Análise Estatística									
	Média	Desvio Padrão	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Frequência das respostas				
						% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
35.4. A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em: realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica	4.04	1.00	3	4	5	0.00	8.70	21.74	26.09	43.48
35.5. A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em: cirurgia de ambulatório	4.26	0.99	4	4	5	4.35	4.35	0.00	43.48	47.83
36. 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)	4.52	0.58	4	5	5	0.00	0.00	4.35	39.13	56.52
37. O doente não pode retirar a pulseira para tomar banho	4.57	0.77	4	5	5	0.00	4.35	4.35	21.74	69.57
38.1. Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação será colocado na sua pulseira: Nome - "Desconhecido"	3.61	1.13	3	4	5	0.00	21.74	26.09	21.74	30.43
38.2. Ao doente admitido sem que seja possível determinar a sua identificação será colocado na sua pulseira: Número de episódio único provisório	3.70	1.27	3.5	4	4.5	13.04	4.35	8.70	47.83	26.09
39. Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou administrar sangue ou derivados	1.57	1.01	1	1	2	65.22	26.09	0.00	4.35	4.35
40. A pulseira deve ser retirada do doente imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde	3.52	1.25	3	4	4	13.04	4.35	21.74	39.13	21.74
41. Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para exames complementares de diagnóstico	2.13	0.95	1.5	2	2.5	26.09	47.83	13.04	13.04	0.00
42. A pulseira deve ser inutilizada por corte e destruída	4.39	0.64	4	4	5	0.00	0.00	8.70	43.48	47.83
43. Cada instituição deve definir a quem compete a colocação da pulseira no doente	3.43	0.97	3	3	4	4.35	8.70	39.13	34.78	13.04
44. Existe um procedimento de identificação dos doentes nesta instituição	4.35	0.63	4	4	5	0.00	0.00	8.70	47.83	43.48
45. As pulseiras devem ser de cor branca, independentemente dos diagnósticos, sexo, ou qualquer outra característica do doente	4.26	0.67	4	4	5	0.00	0.00	13.04	47.83	39.13
46. O doente que já conheço bem, ao ser readmitido no serviço, não preciso efetuar confirmação dos dados na pulseira de identificação	1.61	0.71	1	2	2	47.83	47.83	0.00	4.35	0.00
47. A pulseira deve ser colocada no pulso do braço dominante do doente	3.22	0.51	3	3	3.5	0.00	4.35	69.57	26.09	0.00
48. Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível	4.70	0.46	4	5	5	0.00	0.00	0.00	30.43	69.57
49. Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando vou colher sangue ou outros espécimes para análise	1.70	0.91	1	1	2	52.17	34.78	4.35	8.70	0.00
50. No serviço onde exerço funções é obrigatório todos os doentes estarem identificados com pulseira	4.78	0.51	5	5	5	0.00	0.00	4.35	13.04	82.61
51. Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para outro serviço	1.83	1.01	1	2	2	47.83	34.78	4.35	13.04	0.00
52. 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	4.43	0.65	4	5	5	0.00	0.00	8.70	39.13	52.17
53. As medidas alternativas à pulseira podem passar pela colocação de uma	3.39	1.31	3	4	4	17.39	4.35	17.39	43.48	17.39

Perguntas do questionário da identificação inequívoca do doente	Análise Estatística									
	Média	Desvio Padrão	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Frequência das respostas				
						% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
pulseira numa peça de roupa que o doente veste ou, em caso de alergia, sobre uma gaze no pulso do doente										
54. No serviço onde exerço funções o doente pode recusar o uso de pulseira de identificação	2.78	1.06	2	3	4	17.39	17.39	34.78	30.43	0.00
55. Aos doentes que já conheço, não necessito de efetuar confirmação da identidade quando os vou transferir para o bloco operatório	1.61	0.87	1	1	2	56.52	34.78	0.00	8.70	0.00
56. Um doente pode responder afirmativamente quando chamado pelo nome, por limitação auditiva, por ansiedade, por confusão	4.13	0.68	4	4	4.5	0.00	4.35	4.35	65.22	26.09
57. Pergunto qual o nome do doente, para que seja ele a identificar-se	4.35	0.70	4	4	5	0.00	0.00	13.04	39.13	47.83

Anexo N – Resultados Obtidos do questionário da Coordenação Relacional

Tabela 11 - Resultados do questionário da Coordenação Relacional (Questionário realizado a 23 inquiridos)

Perguntas do questionário da Coordenação Relacional	Análise Estatística									
	Média	Desvio Padrão	Quartil 1	Mediana	Quartil 3	Frequência das Respostas				
						1%	2%	% 3	% 4	% 5
1. Com que frequência os outros colegas enfermeiros comunicam consigo sobre o estado de cada doente?	4.09	0.65	4.00	4.00	4.00	0.00	4.35	4.35	69.57	21.74
2. Os outros enfermeiros comunicam consigo atempadamente sobre o estado de cada doente?	4.09	0.72	4.00	4.00	4.50	0.00	4.35	8.70	60.87	26.09
3. Os outros colegas enfermeiros comunicam consigo de forma rigorosa sobre o estado de cada doente?	3.70	0.75	3.00	4.00	4.00	0.00	8.70	21.74	60.87	8.70
4. Quando surgem problemas do estado de cada doente, os outros colegas enfermeiros culpam os outros, ou trabalham consigo para resolver o problema?	2.96	1.20	2.00	3.00	4.00	13.04	26.09	21.74	30.43	8.70
5. Os outros colegas enfermeiros partilham os seus objetivos no que respeita aos cuidados prestados ao doente?	3.74	0.74	3.00	4.00	4.00	0.00	4.35	30.43	52.17	13.04
6. Os outros colegas enfermeiros sabem dos cuidados que realiza ao doente?	4.00	0.51	4.00	4.00	4.00	0.00	0.00	13.04	73.91	13.04
7. Os outros colegas enfermeiros respeitam o trabalho que realiza ao doente?	4.26	0.44	4.00	4.00	4.50	0.00	0.00	0.00	73.91	26.09

Anexo O – Resultados Obtidos da Grelha de Observação da Identificação Inequívoca do doente

Tabela 12 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de administrar medicação (Realizada no Total 43 observações)

Antes de administrar medicação										
Pulseira	Primeiro Nome	Apelido	Nome completo	Nome completo e data de nascimento	Número da cama	Não Confere	Sem pulseira	Doente sem Pulseira é colocada uma	Pulseira de identificação deteriorada substituída	Pulseira de identificação deteriorada não substituída
	22		1			5				
	78.57%		3.57%			17.86%				

Tabela 13 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de colher espécimes para análises (Realizada no Total 43 observações)

Antes de colher espécimes para análise										
Pulseira	Primeiro Nome	Apelido	Nome completo	Nome completo e data de nascimento	Número da cama	Não Confere	Sem pulseira	Doente sem Pulseira é colocada uma	Pulseira de identificação deteriorada substituída	Pulseira de identificação deteriorada não substituída
1	5		1	1						
12.50%	62.50%		12.50%	12.50%						

Tabela 14 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de administrar hemoderivados (Realizada no Total 43 observações)

Antes de administrar hemoderivados										
Pulseira	Primeiro Nome	Apelido	Nome completo	Nome completo e data de nascimento	Número da cama	Não Confere	Sem pulseira	Doente sem Pulseira é colocada uma	Pulseira de identificação deteriorada substituída	Pulseira de identificação deteriorada não substituída
						1				
						100.00%				

Tabela 15 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para o bloco operatório (Realizada no Total 43 observações)

Antes de transferir para bloco operatório										
Pulseira	Primeiro Nome	Apelido	Nome completo	Nome completo e data de nascimento	Número da cama	Não Confere	Sem pulseira	Doente sem Pulseira é colocada uma	Pulseira de identificação deteriorada substituída	Pulseira de identificação deteriorada não substituída
				1						
				100.00%						

Tabela 16 - Resultado das Grelhas de Observação da identificação inequívoca do doente: Antes de transferir para Exames Complementares de Diagnóstico (Realizada no Total 43 observações)

Antes transferir para Exames Complementares de Diagnostico										
Pulseira	Primeiro Nome	Apelido	Nome completo	Nome completo e data de nascimento	Número da cama	Não Confere	Sem pulseira	Doente sem Pulseira é colocada uma	Pulseira de identificação deteriorada substituída	Pulseira de identificação deteriorada não substituída
	3		1			1				
	60.00%		20.00%			20.00%				

Anexo P – Resultados Obtidos da Grelha de Observação da comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno

Tabela 17 - Resultados da Grelha de observação da comunicação eficaz na transição dos cuidados na passagem de turno (Realizada 50 observações)

Técnica de ISBAR	Dados mínimos a transmitir	Percentagem		
		SIM	NÃO	N/A
Identificação	Nome do profissional de saúde e função do emissor	100%	0%	0%
	Nome do profissional de saúde e função do recetor	100%	0%	0%
	Serviço de origem/destinatário	56%	44%	0%
	Nome completo do utente	4%	96%	0%
	Data de nascimento	6%	94%	0%
	Gênero	100%	0%	0%
	Nacionalidade do doente	2%	98%	0%
	Identificação da pessoa significativa/cuidador informal	12%	88%	0%
		SIM	NÃO	N/A
Situação atual	Data e hora de admissão	16%	84%	0%
	Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde	40%	60%	0%
	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar	48%	52%	0%
		SIM	NÃO	N/A
Antecedentes	Antecedentes clínicos	24%	76%	0%
	Níveis de dependência	100%	0%	0%
	Diretivas antecipadas de vontade	4%	96%	0%
	Alergias conhecidas ou da sua ausência	28%	72%	0%
	Hábitos relevantes	0%	100%	0%
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	8%	92%	0%
	Técnicas invasivas realizadas	28%	16%	56%
	Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar	6%	2%	92%
	Identificação da situação social e da capacitação do cuidador	6%	94%	0%
		SIM	NÃO	N/A
Avaliação	Problemas ativos	100%	0%	0%
	Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída	92%	8%	0%
	Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	100%	0%	0%
	Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas	100%	0%	0%
		SIM	NÃO	N/A
Recomendações	Indicação do plano de continuidade de cuidados	100%	0%	0%
	Informação sobre consultas e MCDT agendados	38%	24%	38%
	Identificação de necessidades do cuidador informal	0%	98%	2%
		SIM	NÃO	N/A
Transferência de cuidados na passagem de turno	Verbal (cara a cara)	100%	0%	0%
	Tempo para colocar e responder perguntas	100%	0%	0%
	Partilha e discussão de informação relacionada com utente	100%	0%	0%
Barreiras que influenciam a transição dos cuidados na passagem de turno		SIM	NÃO	N/A
Ambiente Físico	Interrupções realizada por outros profissionais de saúde	12%	88%	0%
	Horário específico	100%	0%	0%
	Ruído de telefones	0%	100%	0%
	Ruído de aparelhos eletrónicos	4%	96%	0%
	Alarmes de monitores	0%	100%	0%
	Alarmes das campainhas	0%	100%	0%
		SIM	NÃO	N/A
Problemas na comunicação	Discurso desorganizado	12%	88%	0%
	Conversas cruzadas e ocasionais entre membros da equipa durante a transferência dos cuidados	36%	64%	0%
	Omissão de informação	0%	100%	0%
	Informação incompleta	2%	98%	0%
	Lapsos de atenção	0%	100%	0%

Anexo Q – Cronograma do Projeto de Intervenção

Tabela 18 - Cronograma do Projeto de intervenção

Atividades	Duração Total	Cronograma 12 meses de implementação											
		Meses de implementação											
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Divulgação dos resultados do estudo aos enfermeiros que exercem funções no serviço de medicina na ULS na grande área LVT;	1 mês												
Colaborar com os dinamizadores do serviço de medicina, na área da segurança do doente;	12 meses												
Promover ações de formação (2 por mês assinalado) na área da comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente e realizadas pela investigadora e enfermeiros dinamizadores do serviço de medicina, na área da segurança do doente;	10 meses												
Realização de formação sobre a coordenação relacional entre enfermeiros;	10 meses												
Desenvolver e implementar técnicas e estratégias de comunicação eficaz;	10 meses												
Realizar campanha de sensibilização na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente, envolvendo ativamente os participantes (profissionais de saúde, doentes e família/cuidador do doente);	10 meses												
Incentivar os profissionais de saúde a registar incidentes de segurança do doente, visando uma aprendizagem e melhoria das práticas;	10 meses												
Realização de auditorias internas, realizadas regularmente e com base nas boas práticas baseadas na evidência;	3 meses												
Envolver aos diferentes <i>stakeholders</i> , nomeadamente os líderes, os enfermeiros, o doente e a família/cuidador do doente, através de debates de troca de conhecimentos, experiências, assim como, na participação no projeto de intervenção, na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;	11 meses												
Monitorizar os indicadores na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;	2 meses												

Atividades	Duração	Cronograma 12 meses de implementação											
	Total	Meses de implementação											
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Realizar reuniões mensais com o líder e com os dinamizadores do serviço para rever os indicadores e estratégias na área da segurança do doente, nomeadamente na comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;	12 meses												
Monitorizar os resultados obtidos relativamente à comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;	2 meses												
Avaliar os resultados obtidos relativamente à comunicação eficaz na identificação inequívoca do doente;	2 meses												
Avaliar a cultura de segurança que os profissionais do serviço de medicina da ULS na grande LVT, apresentam, usando um questionário validado para a população portuguesa.	3 mês												